



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La angustia en los niños durante el proceso de
hospitalización: posible intervención a partir del juego desde
una perspectiva psicoanalítica.**

AUTORA:

Cepeda Sánchez, Ivania Lorena

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Gómez Aguayo, Rosa Irene

Guayaquil, Ecuador

21 de febrero del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

(FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN)
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cepeda Sánchez, Ivania Lorena**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciatura en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____
Gómez Aguayo Rosa Irene

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cepeda Sánchez, Ivania Lorena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2022

LA AUTORA

f. _____

Cepeda Sánchez, Ivania Lorena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

(FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN)
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cepeda Sánchez, Ivania Lorena**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 días del mes de febrero del año 2022

LA AUTORA

f. _____

Cepeda Sánchez, Ivania Lorena

INFORME DE URKUND

URKUND

Documento [Ivania Lorena Cepeda Sánchez.doc](#) (D127316252)

Presentado 2022-02-07 22:12 (-05:00)

Presentado por Rosa Irene Gómez (rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec)

Recibido rosa.gomez01.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica. [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 45 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica.

ESTUDIANTE:

Cepeda Sánchez, Ivania Lorena

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:



Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por haberme escuchado, sostenido y apoyado durante todo el camino.

A mis amigos, por ser y estar; y por compartir mis logros como si fueran suyos.

A Betty Fey, por haber creído, confiado desde el primer día y sobre todo por mostrarme el lado más noble y difícil de la psicología. (A.C.P.)

A Rosa Irene Gómez, por sostener el deseo académico durante el proceso de tesis y todos los años durante la carrera.

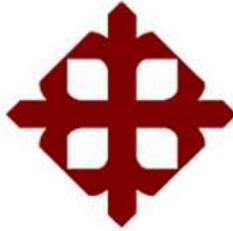
A todas las personas que demuestran empatía sobre la salud mental y se despojan de los estigmas sociales.

-Ivania Lorena Cepeda Sánchez

DEDICATORIA

A todos mis pacientes que están y en memoria de los que tuvieron que partir, por haberme dado la oportunidad de estar y acompañarlos durante sus procesos subjetivos.

-Ivania Lorena Cepeda Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSI.CL. ILEANA VELAZQUEZ ARBAIZA, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSI. FRANCISCO XAVIER MARTINEZ ZEA, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSI. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO I	9
MARCO TEÓRICO	9
CONCEPTUALIZACIONES SOBRE LA INFANCIA DESDE EL PSICOANÁLISIS	9
LA INFANCIA EN EL PSICOANÁLISIS	9
CONSTRUCCIONES DE LO REAL, LO SIMBÓLICO Y LO IMAGINARIO EN LA INFANCIA	11
LA FUNCIÓN DEL GRAN OTRO EN SU PROCESO DE ESTRUCTURACIÓN	13
CAPÍTULO II	15
EL NIÑO HOSPITALIZADO: INCIDENCIA DE LA FUNCIÓN DEL GRAN OTRO Y MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA DURANTE SU PROCESO DE LA HOSPITALIZACIÓN	15
PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO	15
¿QUÉ ES EL NIÑO HOSPITALIZADO?	16
LA ANGUSTIA DESDE EL PSICOANÁLISIS	18

EL REAL DE ENFERMEDAD – MUERTE	20
EL SÍNTOMA DEL NIÑO COMO MALESTAR FRENTE AL GRAN OTRO.	22
EL SUJETO COMO OBJETO DE LA MEDICINA	23
EL NIÑO COMO SÍNTOMA DE LA FUNCIÓN DEL OTRO.	24
CAPITULO III.....	26
EL JUEGO COMO INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA ANTE SÍNTOMAS DE ANGUSTIA.....	26
EL JUEGO DINÁMICO	26
EL JUEGO DESDE EL PSICOANÁLISIS	27
EL JUEGO DIAGNÒSTICO	29
EL JUEGO TERAPÉUTICO.....	32
LA ACCIÓN EN LA FICCIÓN DEL JUEGO	33
RESPUESTAS DESDE EL FANTASMA.....	34
CAPITULO IV	36
POSIBLE INTERVENCIÓN A PARTIR DEL JUEGO	36
MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA LOCALIZADAS A PARTIR DEL JUEGO	36
POSIBLES INTERVENCIONES A PARTIR DEL JUEGO.....	37
VIÑETAS CLÍNICAS	39
CASO “EL PAN TOSTADO DE CHASE”	39
LA ROCA DE LA FAMILIA.....	42
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
ENFOQUE METODOLÓGICO.....	45

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	47
MUESTRA.....	51
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	53
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	68

RESUMEN DEL PROYECTO

El presente proyecto de investigación tiene como tema: La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica. Y tiene como objetivo general analizar la presencia de la angustia en los niños de 5 a 12 años de edad hospitalizados para la construcción de una posible propuesta de intervención. Tomando en consideración que para el psicoanálisis la angustia es el afecto que no engaña. A partir de una lectura inter e intratextual de algunas analistas, entre ellos Lacan y Freud, se llegó a proponer una modalidad de intervención como lo es el juego en niños hospitalizados con base en la teoría psicoanalítica. Para sustentar las teorías y la manifestación de angustia se realizó entrevistas a padres de familia y profesionales del ámbito hospitalario, lo cual permitió evidenciar la presencia de angustia y algunas de sus repercusiones. Además se plantearon dos viñetas clínicas realizadas en la práctica. Siendo el primer caso de un niño de 5 años de edad quien mantiene un diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda con baja adaptación a la hospitalización y un alto nivel de angustia. Y el segundo caso de una niña de 9 años, quien es amputada de su pierna de emergencia por un accidente, presentando un alto nivel de angustia ante lo real de la falta. Siendo en ambos casos importante la intervención del psicólogo clínico para la regulación de angustia a partir de la representación de ficciones mediante el juego.

Palabras Claves: *Angustia, Sujeto, Otro, Juego, Ficción, Hospitalización.*

ABSTRACT

The present research's theme is: Distress in children during the hospitalization process: possible intervention based on play from a psychoanalytic perspective. Its general objective is to analyze the presence of distress in hospitalized children from 5 to 12 years old in order to construct a possible intervention proposal. Taking into consideration that for psychoanalysis, anxiety is the affect that does not deceive. From an inter and intratextual reading of some analysts, among them Lacan and Freud, an intervention modality such as play in hospitalized children was proposed based on psychoanalytic theory. To support the theories and the manifestation of anguish, interviews were conducted with parents and professionals of the hospital environment, which allowed evidencing the presence of anguish and some of its repercussions. In addition, two clinical vignettes made in practice were presented. The first case is of a 5-year-old boy who has a diagnosis of acute lymphoblastic leukemia with low adaptation to hospitalization and a high level of distress. And the second case of a 9 year old girl, who has an emergency amputation of her leg due to an accident, presenting a high level of anguish due to the reality of the absence. In both cases the intervention of the clinical psychologist is important for the regulation of distress through the representation of fictions by means of play.

Key words: *Distress, Subject, Other, Game, Fiction, Hospitalization.*

INTRODUCCIÓN

En “La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica”, se dará a conocer a partir de entrevistas, viñetas clínicas y conceptualizaciones psicoanalíticas la evidencia de la angustia durante la hospitalización del niño, además de la propuesta de un posible abordaje que le da un lugar al sujeto desde las representaciones de la ficción para la regulación de la angustia.

Dentro de la hospitalización no se lo acoge al niño como sujeto sino más bien como objeto de goce; el presente trabajo pretende además dar a conocer la función del gran Otro que acompaña al niño durante este proceso. Con la finalidad de indagar los diversos factores que dan paso a la respuesta de la angustia.

Debido a lo mencionado se ha considerado pertinente desarrollar el proyecto de investigación en el siguiente orden:

El primer capítulo llamado “Conceptualizaciones sobre la infancia desde el psicoanálisis” hace un recorrido inicialmente en relación de los conceptos de la infancia, las construcciones de lo real, lo simbólico y lo imaginario y la función del gran Otro en su proceso de estructuración. El desarrollo de estos puntos permite precisamente en un primer momento comprender de manera general al sujeto en esta etapa.

El segundo capítulo “El niño hospitalizado: Incidencia de la función del gran Otro y manifestaciones de angustia durante su proceso de la hospitalización”, permite puntualizar en el tema del trabajo de investigación puesto que da a conocer los procesos hospitalarios como tal, lo real de la enfermedad – muerte del niño y el recurso de la angustia como respuesta a la eventualidad hospitalaria.

El tercer capítulo da paso a teorización de la posible propuesta:” El juego como intervención psicoanalítica ante síntomas de angustia”, tomando en consideración todas aquellas conceptualizaciones necesarias que den sustento al proyecto de investigación, además de la descripción del juego desde diferentes puntos de vista para su implementación desde la puntualización de la ficción en el juego.

El cuarto capítulo nombrado “Posible intervención a partir del juego” propone precisamente un abordaje, tomando en consideración todo lo planteado con anteriormente, puntualizando en intervenciones desde las representaciones de la ficción y significantes para la regulación de la angustia del niño durante la hospitalización.

Finalmente se desarrollará el apartado de la metodología, la cual permitirá a partir de técnicas, como entrevistas, observación directa y viñetas clínicas poner en evidencia aquella angustia de la que hablará en todo el escrito, mismo que además permitirá dar paso a un análisis de resultados donde a partir de una triangulación de los mismos se permitirán dar sustento a la investigación y a la propuesta.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la práctica de la psicología en el ámbito hospitalario resulta bastante desafiante, puesto que en el caso de los niños, se alude a una práctica desde la invención donde el psicólogo deberá reconocer el estatuto de angustia del sujeto.

Es precisamente el ingreso a un nuevo ambiente, uno de los múltiples factores que ubica al niño en la posibilidad de responder a partir de la angustia, sin duda la cuestión psíquica en el ámbito hospitalaria resulta bastante desatendido, puesto que la preocupación radica en cuidar y curar un cuerpo lo cual mantiene al niño en una posición de objeto. Siendo precisamente las manifestaciones de la angustia sus elaboraciones como sujeto que dan cuenta de su propio malestar.

No obstante, la clínica psicoanalítica, entrevistas y casos ha permitido evidenciar dicha angustia en los distintos niños durante su hospitalización, sin embargo el evidenciar hace referencia precisamente a algo más de lo observable. Así es como esta investigación propone un posible modelo de intervención a partir del juego, lo cual permitirá pesquisar la acción en la ficción de las representaciones del juego.

Dicha propuesta alude precisamente a la regulación de la angustia que pueda estar atravesando el niño hospitalizado, sin embargo es importante aclarar que la demanda o queja por parte del Otro es la que inicialmente va a insistir puesto que dicha angustia intercede tanto al Otro de la institución como al cuidador, ante lo cual es relevante distinguir finamente para responder a partir de esta propuesta la demanda del niño.

Finalmente, al hablar de la angustia del niño hospitalizado, no podemos puntualizar un concepto universal del mismo por lo tanto no va ser posible desde el enfoque psicoanalítico establecer una intervención estructurada, puesto que si de darle una lugar al sujeto hablamos entonces lo primordial es mantener la particularidad del caso a caso y sobretodo que

esta posible propuesta pueda ser tomada precisamente como pautas que den paso a una clínica de la invención para los futuros psicólogos que se encuentren frente a casos similares, puesto que ante estos paciente cumplimos también la función de un Otro, que le da un lugar como sujeto , palabra, escucha y regulación de la angustia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Enfrentarse a una enfermedad resulta bastante difícil de sobrellevar, sobre todo cuando se debe abandonar a una etapa del desarrollo para pasar a tener nuevos hábitos desconocidos y dolorosos. Tal es el caso de los niños quienes durante su hospitalización deben enfrentar algunas situaciones entre enfermedad, muerte, el abandono de su etapa de niñez o incluso su nombre para pasar a ser “el paciente de la cama 1”. Lo cual genera conflictos que se ven manifestados en la conducta, como la angustia. Dichas respuestas generan una serie de demandas tanto de otro institucional como del cuidador, insistiendo en el buen comportamiento y colaboración todo el tiempo al dolor de los procedimientos médicos.

Es decir que el niño durante su hospitalización deja de ser sujeto y para a ser objeto de goce del gran Otro, lo cual genera angustia. Sin embargo es importante mantener en cuenta que esta angustia también puede ser manifestada por situaciones particulares.

Ante esto, surge varias preguntar, ¿Qué hay que hacer en estos casos? ¿Es posible darle un lugar al niño como sujeto y regular la angustia? Las respuestas han sido desarrolladas a lo largo del siguiente trabajo de investigación, con base en la teoría psicoanalítica.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la angustia y la hospitalización en niños?

¿Cuáles son las manifestaciones de la angustia?

¿Cuál es la incidencia de la función del Otro en el niño hospitalizado?

¿Qué intervenciones psicoanalíticas resultarían posibles para el abordaje de la angustia en niños hospitalizados?

¿Qué función cumple el juego desde el psicoanálisis?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la presencia de la angustia en los niños de 5 a 12 años de edad hospitalizados mediante investigación de campo desde la teoría psicoanalítica para la construcción de una propuesta de intervención.

Objetivos específicos

- Identificar las manifestaciones de la angustia de los infantes en hospitalización mediante la observa directa.
- Conocer la incidencia de la función del gran Otro sobre la angustia del niño durante la hospitalización mediante entrevistas psicológicas.
- Proponer el juego como posible intervención psicológica desde la perspectiva psicoanalítica.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

CONCEPTUALIZACIONES SOBRE LA INFANCIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

LA INFANCIA EN EL PSICOANÁLISIS.

A lo largo de la historia se han conocido diversas concepciones de la infancia, entre ellos su enfoque social, histórico, médico e incluso ha llegado a concebirse de manera desapercibida por la supuesta facilidad que está conlleva.

Sin embargo, la teoría psicoanalítica sin duda compromete un estudio mucho más profundo de esta etapa. Desde Freud (citado por Acuña, 2018, p.329) “La infancia ha sido el escenario de la construcción del sujeto en y por el deseo; en y por el ejercicio del placer ligado a las representaciones de objetos”. Es a partir de aquello que se puede hablar de la infancia como una etapa de transición de pulsiones, es decir que la infancia alude a la construcción de un sujeto que parten de experiencias. Freud (1998) en más allá del principio plantea que:

Una pulsión sería entonces un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas; sería una suerte de elasticidad orgánica o, si se quiere, la exteriorización de la inercia en la vida orgánica. (p. 36)

Es decir, que la parte psíquica en la etapa infantil se encuentra presente y mantiene gran importancia. Como lo ha planteado Freud es la pulsión que la dirige o posibilita distintos pensamientos, accionar e incluso la determinación de ciertas experiencias vividas en la infancia. Sin embargo lo vivido de manera externa no es más que el reflejo de un poco de aquello que se vive de manera interna.

De manera fortuita una de las primeras construcciones del sujeto durante la infancia se remite al YO, lo cual mantienen gran relación con la ya mencionada pulsión puesto que inicialmente todas funcionan de manera conjunta a relaciones objetales, las cuales a partir de los sentidos pueden satisfacerse o no. Sin embargo estos procesos no son rígidos y sin duda funcionan de manera particular desde las experiencias de cada persona.

Ahora bien en relación a estos mencionados vínculos objetales, es importante mencionar que en esta etapa el niño incluso mantiene dinámicas en cuanto a su posición frente al Otro. Cuando hablamos del niño como objeto, debemos entonces pensar que hay distintos objetos para el Otro: El niño como objeto de amor, de goce y de deseo.

Desde el inicio el niño antes de nacer se anticipa en los registros del sujeto del Otro, puesto que la madre a nivel imaginario recubre aquello que pasa por lo real que lleva en su cuerpo y le pone un nombre. Es precisamente en este momento donde hablamos del niño como objeto de amor, puesto que se trata del sujeto en el fantasma del Otro, quien ocupa el lugar de amor en tanto al narcisismo de los padres y de su significación en relación al infante. Por su parte el niño también puede tomar una posición como objeto del deseo, presentándose como una equivalencia fálica. Finalmente el Otro recrea estas dinámicas con el niño para de alguna manera a nivel imaginario cubrir la falta y lograr constituirse como un sujeto completo, “en el neurótico, lo que hay de perverso en el fantasma, es su relación al goce del Otro. Es porque el objeto que el sujeto se hace ser en el fantasma funciona como tapón del deseo del Otro” (Kait, 1996, p158).

Podemos hablar entonces que la infancia por si misma mantiene varias etapas por las que pasa el sujeto, puesto que existen muchas transiciones que resultan insoportables para el sujeto durante su vida adulta. Por ello a partir del Superyó se reprime aquello que resulta intolerable, es importante mencionar que la represión funciona precisamente como un mecanismo de las funciones de YO que posibilitan al sujeto responder al exterior. Además mantener en consideración que todos los procesos por los que pasa el niño durante la infancia no son para nada fáciles, puesto que sin duda se enfrenta

todo el tiempo a diversas crisis de cambios y nuevas experiencias, siendo estas funciones internas lo que ayuda a manera de síntoma construir durante su desarrollo. Por todo lo mencionado el diccionario Corominas (1980) plantea que “la función de la infancia, es invitar al sujeto a reescribirse y re-presentar-se ahí donde la creación se anuncia como inacabada” (p.102).

CONSTRUCCIONES DE LO REAL, LO SIMBÓLICO Y LO IMAGINARIO EN LA INFANCIA.

Lacan propone lo imaginario, lo simbólico y lo real como aquello que de manera funcional mantiene a todo sujeto dentro de la realidad global. Sin embargo es importante mencionar que durante la infancia estos procesos dan su inicio con experiencias que acompañan al sujeto.

En cuanto a lo imaginario, se trata de una instancia inicial con el estadio del espejo misma que durante la infancia mantiene su primera experiencia, donde se construye en primera instancia un Yo especular, donde se evidencia la identificación a partir del cuerpo del otro para de esta manera elaborar la imagen del propio cuerpo. Lacan (citado por Villa y Montañez, 2010) afirma:

El estadio del espejo como formador de la función del yo. Allí se introduce la capacidad del niño que, aunque en un estado de inmadurez neurológica y motriz, reconoce su propia imagen en el espejo, y a diferencia de los primates, experimenta regocijo al reconocer su imagen y los objetos externos a él; primera matriz identificatoria del niño que le permite asumir su cuerpo como completo, del lado inicialmente de la imagen. La imagen es el soporte que contiene los referentes y objetos pulsionales hasta entonces vividos como parciales. (p.59)

Por su parte lo simbólico se encuentra incluso antes de que el niño nazca, puesto que lo nombran de diversas maneras e incluso le dan un significado antes de nacer, estas son las primeras entradas de la lengua y del discurso del niño en la infancia, eventualmente será el mismo sujeto que

ya está dentro del discurso quien nombre a su manera aquellos objetos o todo aquello lo que este percibe. Kait (1996) afirma:

El orden simbólico es un conjunto diacrítico de elementos discretos, discontinuos, separados. Que sea un conjunto diacrítico, quiere decir que los elementos adquieren valor unos respecto de los otros -es un concepto que viene de Saussure- son elementos separados que no tienen sentido y forman una estructura articulada, combinatoria y autónoma. Se trata de una estructura hecha de sin sentido, ningún elemento tiene sentido por sí mismo, sino que sólo lo adquiere en relación a los otros elementos. (p.12)

Finalmente lo real, es aquello que no puede ser nombrado. Kait (1996) plantea:

La estructura es lo real por convergencia a una imposibilidad y dado que lo real es lo imposible, lo que tendremos de lo real es el goce, la sustancia. El goce permite introducir esa función estructural que es la del plus de gozar. (p.16)

Sin embargo es importante mencionar dichos objetos que no puede ser simbolizado, durante la infancia anudan futuras respuestas durante la vida adulta, razón por la cual es importante que cada funcionabilidad interna que responde a lo real como síntoma se la reconozca como aquello que lidia frente a lo insoportable, siendo lo imaginario y lo simbólico, los que batallan y regulan estas experiencias para el sujeto. Palomera (2002) expresa en relación al síntoma como respuesta a lo real:

El consentimiento del sujeto a la verdad de su síntoma -como verdad del ser que se cifra en su inconsciente-, es un consentimiento a que lo real del goce del síntoma está habitado por lo simbólico que el inconsciente transporta a lo real. Por tanto, y en tercer lugar, responder del síntoma es lo contrario del rechazo subjetivo al goce del síntoma (que se manifiesta en la culpa o en la vergüenza), rechazo que no hace más que alimentar la queja del sujeto al tiempo que busca remedios para calmar, reducir ese goce que le disgusta. (p.04)

Ahora bien, lo real y todos aquellos restos que quedan en el inconsciente insisten constantemente para surgir a lo consciente, por ello el sujeto pone en juego mecanismo de defensas que responden a dicha

insistencia, la cual se puede evidenciar incluso luego en la repetición de la misma. Freud (1992) plantea: “En la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio de placer” (p22). Es decir, que esta respuesta la cual es denominada como síntoma se construye en ante situaciones de amenaza psíquica para el sujeto.

LA FUNCIÓN DEL GRAN OTRO EN SU PROCESO DE ESTRUCTURACIÓN.

La concepción del Otro en psicoanálisis va más allá de las funciones parentales durante la infancia, sin embargo es importante puntualizar estas funciones paternas y su incidencia durante la infancia. En primer lugar hay que aclarar que el niño durante casi toda su etapa depende del Otro ya sea para funciones externas como internas, es decir para su constitución subjetiva, siendo entonces el niño producto del gran Otro.

Lacan en dos notas sobre el niño (2019, citado por Sierra, Ruiz, Schiavetta, Delfino) plantea:

Las diferentes modalidades del síntoma en relación a los padres: los que están relacionados con la pareja y los que se derivan de la relación dual del niño y la madre. Nos advierte sobre la complejidad pero al mismo tiempo sobre las posibilidades de intervención cuando el síntoma en el niño representa la verdad de la pareja parental, es decir, la respuesta sintomática de un sujeto frente a la imposibilidad de la relación sexual. (p.34)

Es decir que en la infancia el primer gran Otro para el niño es la madre con quien se alinea en la cadena significativa, lo cual es tomado por el niño para darle representación a otro significativo. Desde este punto entonces podemos hablar que del deseo materno, aquello que de alguna manera puede llegar a ser estragante para el niño puesto que hasta este momento todo lo que se construye sería en función a la alineación que se ha propiciado durante este primero reconocimiento. Lacan (citado por Eidelsztein, 2009) expresa en relación a la alineación que:

La alienación es una de las operaciones que da cuenta de la relación del sujeto (S) y el Otro (A), entendido este último como la estructura del lenguaje y definida como fundamental y nueva operación lógica, en la medida en que concibe los efectos sobre el sujeto debido a su nacimiento en un mundo de lenguaje constituido por su estructura, otros sujetos hablantes y cadenas significantes. (p.77)

Sin embargo llegará un segundo momento el cual será denominado como de separación, es aquí donde se introduce el padre como el gran Otro de la Ley, quien posibilita al niño otra posición y otras posibilidades de deseo. Son estos los dos grandes momentos de estructuración al niño en relación al Otro. Eidelsztein (2009) plantea:

Se trata de la operación del deseo que implica hacer algo con la falta en relación a la falta del Otro. Responde proponiendo que tal falta operando como objeto, sirve para responder a otra falta. No se trata sencillamente de la falta, sino de cómo mediante una falta se hace algo frente a otra falta, cómo se opera con la falta en el Otro mediante la propia falta y viceversa. (P.84)

Las respuestas fantasmáticas que se manifiestan en el niño, mantienen significantes a raíz de lo que hasta el momento para el sujeto representan como el Otro. Sin embargo son también estas respuestas las que le permiten al niño tomar una posición como sujeto, puesto que como lo hemos mencionado antes se mantenía en una dinámica de objeto. Dicho surgimiento se propicia a partir de la separación que posibilita nuevas constituciones para el sujeto. En "dos notas sobre el niño" Lacan (citado por Lora, 2007) plantea que: "el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar" (p.213). Ante lo cual Lora (2007) complementa que:

Esto no quiere decir que el síntoma del niño sólo sea un producto de un mal funcionamiento familiar. Por el contrario, el niño da, en la variedad de una elección forzada, una respuesta original (la del síntoma) a lo que percibe como un callejón sin salida respecto al deseo de sus padres. (p.2013)

CAPÍTULO II

EL NIÑO HOSPITALIZADO: INCIDENCIA DE LA FUNCIÓN DEL GRAN OTRO Y MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA DURANTE SU PROCESO DE LA HOSPITALIZACIÓN.

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO.

Resulta bastante interesante todos los procesos que se llevan durante una hospitalización, inicialmente como paciente lo único que se puede llegar a pensar es en la medicina y una cura ante lo que se padece. Sin embargo dichos procesos van más allá de lo mencionado, puesto que existe una serie de protocolos a los que hay que acogerse, ya que dentro de cada institución se manejan reglas, normas, limitaciones que como paciente y paciente se debe cumplir durante la hospitalización.

Ahora bien hay que plantear el hecho de la dificultad que esto genera no solo a nivel orgánico sino también a nivel psicológico, puesto que sin duda el paciente como tal se verá sometido a un sin número de procedimientos incluso dolorosos, de los cuales mayormente se mantiene incluso incertidumbre al no saber completamente el significado de varios conceptos médicos e incluso todo lo que aquello implica.

Por su parte particularmente para los niños, el proceso de hospitalización resulta una situación bastante desconocida, puesto que dependiendo de la cultura e incluso el entorno en que el niño se desarrolle, estos no suelen ser explicados a los pequeños infantes. Manteniendo procesos dentro de los cuales se deben adaptar a nuevas vestimentas, comida, rutinas, personas. Velásquez (2014) en su texto de Niños hospitalizados refiere que:

La aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos o peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podría originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma. Algunas de estas manifestaciones, además de estrés, incluirían pesadillas, trastornos de sueño, cambios de conducta o

temores y miedos (Trianes, 2014, citado por Velásquez, p.18). Existen evidencias de que los niños pequeños (entre 6 meses y 4 años de edad) con varias estancias hospitalarias, están en riesgo de presentar problemas de conducta y dificultades de aprendizaje en la edad escolar y la adolescencia. Además, existe riesgo de alteraciones emocionales debidas a las hospitalizaciones repetidas en la infancia (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2014, citado por Velásquez, p.18)

Estos procesos médicos toman precisamente al niño como objeto de estudio, es decir que el paciente termina siendo un cuerpo al cual hay que curar, olvidando de alguna manera la subjetividad y otras consecuencias que se ponen en juego a la hora de hospitalizar a un niño, puesto que estos procesos implican desde dejar de ser llamado por nombre ya se es bastante usual escuchar “el de la cama 6”, ubicando únicamente una pulsera y una ficha con sus datos que lo distingue de otros niños.

Aunque cada hospital maneja sus reglas internas, el proceso por el pasa cada paciente es bastante general. Sin embargo es importante preguntarnos si dentro de los procesos algunos incluyen preguntar por el bienestar del niño más allá de lo orgánico.

¿QUÉ ES EL NIÑO HOSPITALIZADO?

Las necesidades que requiere un niño a lo largo de su vida, resultan bastante minuciosas e incluso demandan mucho más tiempo por lo escasa independiente que mantiene el infante a esa cierta edad. Sin embargo en el momento que un niño entra a un proceso hospitalaria se de alguna manera se vuelve mucho más vulnerable, puesto que un sin número de cambios surgen en su nuevo entorno, determinando de esta manera tiempos que marcan la vida del mismo, puesto que no podemos hablar de la equivalencia cuando nos referimos a un niño hospitalizado y a un niño que se encuentra sano en casa.

Ante un sin número de nuevos estímulo podemos plantear entonces que el niño hospitalizado remite a un sujeto vulnerable sometido a

tratamientos y estudios médicos que ha sido despojado de sus rutinas infantiles, seres queridos, entre otras cosas propias de la vida de un niño. Mismo que pudiendo estar preparado o no, mantiene el desafío de generar respuestas que sostenga su proceso hospitalario sin dejar de ser un niño.

Como bien lo plantea María Pilar Palomo del Blanco (citado por Velásquez, 2014) en su libro El niño hospitalizado:

Se ha encontrado que los niños utilizan, de forma espontánea, conductas de afrontamiento ante situaciones amenazantes como la hospitalización. Se entiende como conductas de afrontamiento al conjunto de esfuerzos internos y externos que un individuo lleva a cabo para hacer frente al estrés que se experimenta en situaciones de hospitalización y/o cirugía o, en otros casos, utilizan formas de enfrentarse que no son las más adecuadas para ayudarles a afrontar eficazmente los sucesos a los que están expuestos. Por ello, es necesario prepararlos para que consoliden, adquieran, desarrollen y generalicen estrategias de afrontamiento. (p.22)

A partir de lo mencionado podemos entonces resaltar que un niño hospitalizado además de síntomas orgánicos también mantiene síntomas psicológicos, es decir que se desencadenan manifestaciones en relación a su nuevo entorno marcado por lo real de la enfermedad, la muerte, e incluso los nuevos significantes que oscilan. Es decir que desde la primera noche que el niño ya no duerme en su cama, recibe otra clase de comida, viste diferente, es expuesto ante desconocidos que tocan su cuerpo como objeto, despierta en el niño niveles de angustia. Por ello Velásquez (2014) expresa que:

Generalmente, la hospitalización conlleva a los niños y sus padres a experimentar vivencias estresantes a causa de diversos procedimientos diarios, como los exámenes médicos auxiliares, y los procedimientos de tratamiento médico, como la quimioterapia, en caso de cáncer; hemodiálisis, en pacientes con trastornos renales; baños y curaciones, en pacientes con quemaduras, etcétera. La aplicación de estos procedimientos médicos en los niños genera una diversidad de reacciones emocionales, lo que hace vulnerable no solo a los pacientes, sino también a los padres de familia. (p.24)

LA ANGUSTIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

Partiendo de varias teorías lacanianas podemos aludir que la angustia que esta se presenta en el orden del deseo y de lo real. La angustia no está ligada precisamente a algo que se teme si no a algo que se quiere. Por ello Lacan plantea Lacan (2007): “La angustia surge cuando un mecanismo hace aparecer algo en el lugar que llamaré para hacerme entender, natural, que corresponde al lugar que ocupa el a del objeto del deseo” (p.52).

La angustia es lo que se genera como mecanismo de defensa desde la estructura de la neurosis ante experiencias insoportables de lo real para el sujeto. Precisamente cuando hablamos de defensas debemos enfocarnos en el Yo, puesto que el grafo del deseo se va a ver de manera mucho más clara manifestaciones de angustia en el sujeto cuando frente a la demanda y al significante de la falta del Otro el sujeto no puede responder, y lo hace desde el fantasma. A partir de esto procesos surge pregunta ¿Qué quiere el Otro de mí?, es decir que este pregunta encubre la incertidumbre del sujeto de saber lo que es para ese Otro, como es para ese Otro. La angustia, dice Lacan (citado por Bellòn, 2016), es:

Una señal en el yo para el sujeto de una inminencia de quedar en estado de desamparo, a merced del Otro y genera un estado de expectativa. La angustia es por una parte expectativa del trauma y por la otra una repetición amenguada de él. (p.87)

A partir de lo mencionado entonces podemos plantear que la angustia es aquello que no engaña y que guarda una estrecha relación con lo real, puesto que existe una invasión de lo real sobre lo imaginario, lo que precisamente angustia. Por ello Bellòn (2016) expresa:

Existe una relación esencial de la angustia con el deseo del Otro. Este Otro es el Otro como lugar del significante, es el Otro en el punto donde se caracteriza como falta. Aparece el objeto a como lo que da testimonio de una falta radical en ese Otro. La angustia da cuenta de este objeto y de esta manera se puede afirmar que la angustia es ante el deseo del Otro y surge en el sujeto al no saber lo que representa como objeto para el deseo del Otro. (p.86)

En relación a la hospitalización del sujeto, realmente existen muchos factores que se presentan incluso de manera repentina en el niño. Como se lo ha mencionado con anterioridad los procesos de salud realmente puede llegar a ser muy invasivos, puesto que de entrada se un persona desconocida para el niño toca su cuerpo en ocasiones sin consentimiento, sin saber el nombre del médico o la razón por la que se procede de esa manera. Por otra parte la presencia de nuevos estímulos y aparatología origina sin duda incertidumbre en relación a la enfermedad, la muerte, el dolor que puede llegar a sentir. De hecho aquello que se presenta en lo real irrumpe incluso en los mecanismo que el sujeto pueda llegar a estar poniendo en funcionamiento para soportar lo que a través de la angustia damos cuenta que resulta insoportable. Bellòn (2016) expresa:

Lo más angustiante se produce cuando la relación sobre la cual el sujeto se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada; siendo ésta perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta. De esta manera se puede inferir que no se trata de la pérdida del objeto sino de la presencia de los objetos. (p.86)

Por otra parte la demanda del Otro es una constante que puede llegar a ser peligrosa en relación a las exigencias que se mantienen a diario con el paciente, puesto que no solo asumen el rol de lidiar con una enfermedad que a veces incluso desconocen, sino que también les toca enfrentar un cuerpo que duele, escenarios que causan sentimiento exacerbados por los procedimientos que se realizan como parte de un proceso hospitalario, entre otros, Por lo tanto Bellòn (2016) afirma que: “La angustia es en definitiva ante lo irreductible de lo real, es de todas las señales la que no engaña” (p.86).

Desde esta perspectiva la angustia tomaría una posición de objeto de goce del Otro, por este motivo Laurent (2013) afirma:

La experiencia del niño como objeto de goce va en contra de la posición del niño como ideal en el deseo de los padres. El niño como ideal de los padres lleva a un modo de enloquecimiento propio de las familias con sus ideales, pero el niño como objeto de goce es otra consideración. Y siempre entran en tensión el ideal y el deseo del niño y el niño como goce. Lacan lo decía de una manera fuerte, cuando

decía: “un niño es el aborto espontáneo del deseo que lo llevó al mundo”. Todo niño es un salvador de la familia finalmente mal hecho. (p. 02)

Es decir que dentro ya de hospitalización, el niño deja con determinada patología deja de ser aquel niño que los padres mantenían como el ideal, motivo por el cual este niño es posibilitado a partir inicialmente de la enfermedad a tomar una posición de objeto, no solo de los padre sino también de la institución. Siendo la angustia aquella manifestación que emerge precisamente para dar cuenta de los conflictos internos que esta nueva posición le causa al niño.

EL REAL DE ENFERMEDAD – MUERTE

Málishév (2003) expresa:

En la angustia se revela la presencia de la nada y se alcanza la anticipación de la ‘posible imposibilidad’ que normalmente se enmascara o se sustituye por los quehaceres cotidianos. La angustia es un estado de ánimo ambivalente pues lo que se desea y atrae, a la vez, causa temor y horroriza. El angustiado espera y se desespera de la nada en la que todo es posible. (p.54)

La enfermedad y la muerte son los variables muy frecuentes dentro del ámbito hospitalario, siendo muy común el horror, temor e incluso el aislamiento totalmente del tema tanto para un familiar como para un paciente, sin embargo eso no deja de lado que dichas ideas se mantengan constantemente a nivel imaginario. Dentro de la hospitalización se puede evidenciar muchas experiencias que no solo recogen la de los propios familiares y pacientes sino también la de otros, es decir de aquellos que se encuentran a lado de la camilla o dentro de la misma área. Ante lo mencionado es muy común se originen manifestaciones a nivel de síntomas cuando se observa que otro paciente mantiene ciertos signos graves de la patología, como por ejemplo convulsiones, intubación, bajos niveles de oxígeno entre otros. García (2009) afirma:

La muerte misma es inaccesible. Ella es tan real que nos resulta irreal, precisamente nada, puro silencio, falta. Pero verdaderamente no hay palabra posible para decirla. No obstante, enfrentados a ella, grito, dolor, sueños, fantasmas, tristeza, violencia, recuerdos, creencias, rituales, chistes, poemas, construcciones filosóficas, religiosas y también psicoanalíticas, siguen proveyendo recursos necesarios, afectivo-discursivos. Esa muerte posible para nuestras mentes: la muerte encarnadamente hablada. (p.104)

Es precisamente este real que invade a los familiares y pacientes, puesto que como se lo ha mencionado esta son situaciones que suceden todo el tiempo, que se escuchan todo el tiempo, y que incluso se imaginan constantemente incluso sin tener el riesgo de mantener un encuentro cercano con la misma. Es un proceso que les cuesta a los familiares y lo niños poner en palabras, siendo a veces como consecuencia de la patología que padecen. Ahora bien, la muerte como tal no es lo único que no puede simbolizarse en hospitalización y realmente no es lo principal, sino más bien la enfermedad como tal, resulta una constante fuente que angustia. Especialmente la información que se maneja con los niños no suele ser proporcionada, puesto que familiares y médicos temen por la posible vulnerabilidad al informarles a los pacientes, sin embargo esto precisamente conlleva a enfrentar el real de sus propios temores y de lo insoportable que es enfrentarlo y ponerlo en palabras. En el texto de niños hospitalizados es doctor Velázquez (2014) explica:

Cuando a un niño no se le informa o prepara sobre la experiencia hospitalaria que va a vivir, es posible que piense que la causa de su enfermedad y la hospitalización se deba a una mala conducta realizada en casa y; por lo tanto, durante la permanencia en el hospital, opta por mantenerse callado y ensimismado por temor a decir algo inadecuado que empeore su situación con relación al castigo, debido a que el niño lo asume como tal. Por esa razón, es importante que el niño tenga la oportunidad de expresar sus sentimientos y obtener así una comprensión más clara de la situación. (p.21)

Sin duda no existe un significante universal sobre aquello que representa la muerte o una enfermedad, y ante aquello que incluso no se puede poner en palabras, donde no hay significantes sobreviene lo insoportable de lo real

para el sujeto y es precisamente ahí donde los mecanismos de defensa como la represión por ejemplo cumplen sus funciones para la homeostasis del aparato psíquico, sin embargo ante la nada la angustia se presenta y sus manifestaciones se hacen evidentes.

EL SÍNTOMA DEL NIÑO COMO MALESTAR FRENTE AL GRAN OTRO.

El gran Otro para el niño no solo radica en la presencia de la madre, padre o cuidador durante la hospitalización sino también todos aquellos que se involucren en los procesos médicos, es decir que todos inciden de alguna manera en la constitución subjetiva del niño dentro de la hospitalización. Sin embargo al ser estos agentes signos desconocidos e incluso de preocupación tanto para los padres que enfrentan una situación difícil, como lo médicos que en general los diagnósticos suelen tomar mucho más tiempo de estudio para dar un correcto tratamiento y especial del niño quien recibe de manera directa todas las respuestas subjetivas y objetivos del gran Otro familiar e institucional.

A partir de aquello el niño genera varias manifestaciones desde cuestiones orgánicas como falta de apetito, hasta manifestaciones de angustia que radica en la adherencia al tratamiento lo cual complica sus procedimientos hospitalarios. Velásquez (2014) afirma:

La presencia de los padres de familias es fundamental en la hospitalización de los pacientes pediátricos, esto debido a que su asistencia podría facilitar el proceso de adaptación psicológica a la hospitalización; sin embargo, debemos considerar que los padres de familia, especialmente la madre, también atraviesan por un estado emocional cargado de tensión, angustia e incertidumbre al saber que su hijo porta una enfermedad y que requiere del internamiento hospitalario para recibir un tratamiento especializado. (p.24)

Estas respuestas que el niño intenta construir a partir de las experiencias es lo que va a protegerlo, tomando una posición en relación a su lugar frente

a otro que en ocasiones le resulta amenazante, tramitando síntomas que posibilita la defensa ante lo angustiante e insoportable.

EL SUJETO COMO OBJETO DE LA MEDICINA

Lacan en el seminario de la Angustia (2007) plantea:

La función de la angustia es la de constituir el deseo. Sustituye la idea del deseo como intención hacia un objeto, al de un objeto que causa. Es el objeto parcial como causa del deseo. Ese objeto es el que permite el deseo y que en la neurosis se recubre de un objeto de la realidad de algo concreto que se desea. Pero el verdadero objeto no se ve. Ese objeto es una parte del cuerpo o una sensación. (p.27)

Es decir que este afecto de alguna manera posibilita a que el sujeto emerja eventualmente desde el deseo que se da a partir de la angustia para su propia restauración. Particularmente en el ámbito hospitalario el sujeto que de alguna manera llega a tomar una posición gozante frente al Otro, recurre a la angustia precisamente para movilizar su relación tanto con el Otro familiar como con el Otro de la institución hospitalaria. Lacan (citado por Alazraqui, 2019) aporta que:

La angustia contribuye a la escritura del objeto pequeño “a” como objeto causa del deseo. Hay un objeto y no la nada como causa. La angustia, no es sin objeto. Aparece el deseo como el deseo del Otro que es en sí objeto y que coincide con el punto en que el sujeto fue objeto del deseo del Otro. Marca la falta en el otro, falta situada, que limite al exceso y permite al sujeto descompletarlo sustrayéndose de él pero a costo de la angustia. (p.01)

El sujeto como objeto de deseo del Otro dentro del ámbito hospitalario termina siendo una realidad presente. En el caso precisamente de la medicina se olvida por completo del sujeto y es tomado precisamente como este objeto que va a prever este objeto del deseo en cualquiera de sus formas, puesto que dentro del proceso hospitalaria desde el inicio automáticamente el personal restringe todo tipo de vínculo que se involucre algún afecto directamente de ellos, y precisamente para que este paciente

se encamine a ser este objeto de goce que vehiculiza el deseo en ellos dejan de hacer cosas subjetivas como : llamar al paciente por nombre y en su lugar nombrarlo por el número de una cama, presentarse antes de manipular su cuerpo e invadir su privacidad, normalizar el dolor, etc. Acontecimientos necesarios para que paciente se ubique como aquel objeto que lo completará. En función a ello Laurent (2013) plantea: “El niño mismo, que está controlado, se vuelve un órgano de control.....El niño objeto de vigilancia es al mismo tiempo un objeto de pasión” (p.01). Evidenciamos entonces como a pesar de cualquier procedimiento y por más invasivo que llegue a ser para el niño desde los ideales de la medicina llegará a ser un cuerpo que hay que curar bajo el costo de su angustia.

EL NIÑO COMO SÍNTOMA DE LA FUNCIÓN DEL OTRO.

Durante la hospitalización y el enfrentamiento de la enfermedad y todas las contingencias institucionales resulta bastante importante la función del Otro, como ya se lo ha mencionado con anterioridad, este gran Otro cumple funciones desde que ubican al sujeto en varias posiciones. Siendo su función de objeto una de las que se evidencian en mayor medida, puesto que inicialmente el paciente recibe frases como “tienes que ser fuerte”, “debes aguantas”, “eres un guerrero”, Significantes que de alguna manera inciden de manera directa en las posibles respuestas del niño. Es decir que no solo conlleva la enfermedad y posibles peligros de muerte si no también una gran responsabilidad psíquica. Kait (1996) expresa:

Entonces, lo que angustia, es el enigma del deseo del Otro y el fantasma se puede ubicar, dice Miller, como lo que cubre la angustia suscitada por el enigma del deseo del Otro. La angustia emerge cuando hay un desfallecimiento de la cobertura fantasmática en tanto que el fantasma cubre la angustia que la falta en el Otro desencadena. (pp. 41-42)

El surgimiento de la angustia entonces guarda completa relación con el deseo del gran Otro. Deseo que ubica al niño como objeto gozante tanto de la medicina como de los padres, sin embargo será importante restablecer

y restituir al sujeto, puesto la consecuencia de aquello se enfoca en la sintomatología psíquica que no favorece en lo absoluto la recuperación del mismo. Kait (1996) en relación a los síntomas plantea:

Tendríamos, entonces, una doble determinación del síntoma: 1- como respuesta del Otro, cae dentro de la demanda, de lo interpretable. 2- como respuesta a la falta en el Otro, es decir, encontramos una incidencia del fantasma en el síntoma que nos dará la cara de goce del síntoma, el síntoma en tanto que cifra un goce. En ese sentido, lo tenemos al sujeto en relación a un objeto de goce, el objeto que se hace ser en el tercer tiempo de la pulsión y que coincide con su posición en el fantasma. (Pp.43-44)

CAPITULO III

EL JUEGO COMO INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA ANTE SÍNTOMAS DE ANGUSTIA

EL JUEGO DINÁMICO

El juego dinámico concibe como una estrategia importante dentro de distintos ámbitos, pues a lo largo de la historia ha acompañado al ser humano como parte de una de sus actividades. Sin embargo es importante resaltar que el juego no es solo una actividad ya que este conlleva que el sujeto se involucre en el mismo, con esto podemos entonces hablar sobre las construcciones, el sentido, el aprendizaje, las caracterizaciones que se dan durante el mismo. En relación al juego desde la dinámica Cailliois (citado por Melo y Hernández, 2014) expresa:

El juego es considerado como un sistema reglado que se desarrolla en un tiempo y un lugar, refuerza y agudiza determinada capacidad física o intelectual, por el camino del placer o de la obstinación, hace fácil lo que en un principio fue difícil o agotador. El juego como actividad espontánea y voluntaria que proporciona un cierto grado de alegría es un sistema que desarrolla en quien lo practica la capacidad de crear con libertad, a pesar de los lineamientos que se puedan generar para practicarlo o desarrollarlo. (p.01)

Es decir que el juego en su dinámica como tal mantiene un papel importante en el sujeto. Sin embargo la connotación que se le otorgue va a depender del contexto en el que este se desarrolle, puesto que si hablamos de un juego libre entonces podemos decir que este sería netamente dinámico y como algún tipo de estrategia de aprendizaje, diagnósticos, etc. Puesto que cada juego se desarrollará en función al objetivo que se desea conseguir a través del mismo.

Sin embargo no deja de ser importante el juego desde lo dinámico, puesto incluso esto contribuye a la construcción del sujeto como tal. Por ello Huizinga, (citado por Melo y Hernández, 2014) afirma: El juego no es

simplemente un medio para gastar energía o pasar el tiempo, ya que, "en cuanto tal, traspasa los límites de la ocupación puramente biológica o física, es una función llena de sentido" (p.01).

EL JUEGO DESDE EL PSICOANÁLISIS

Es importante plantear que la siguiente conceptualización del juego desde la perspectiva psicoanalítica guarda historia en la construcción de su base teórica, por ello será importante tomar en consideración algunos autores y concepciones que se realizan a partir del juego desde el enfoque psicoanalítico.

Uno de los primeros aportes teóricos es atribuido a Freud (1900), quien a partir de sus concepciones desde la construcción del sujeto indica en su texto de la interpretación de los sueños:

El juego es una modalidad propia de la niñez ligada a la búsqueda de placer, de índole sexual, donde el cuerpo en movimiento es la vez sede y fin de esa exploración "no es raro que estos juegos de movimiento, en sí inocentes, despierten sensaciones sexuales" (Freud, citado por Barreiro, 2017, p.03).

El niño es quien experimenta relaciones objetales que se produce durante el juego, las cuales van más allá que un despliegue de energía, sino que también involucra otros aspectos de la sexualidad, siendo esto una construcción particular de cada sujeto. Sin embargo es importante resaltar que dicha búsqueda de placer que emerge durante el juego no se remite a la genitalidad si no al placer corporal a partir de los objetos. "Con ello no se refiere a algo meramente mecánico, por el contrario, interviene la fantasía como escenario donde juego y sexualidad se vinculan" (Barreiro, 2017, p.03).

Fantasías que según el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (2004) se refieren al: "Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo inconsciente" (p.165). Es decir que a partir de las

fantasías se puede establecer que no se trata de una cuestión de seducción sino más bien de aquel placer o energía en el cuerpo de carácter sexual.

Al hablar de que el juego produce placer en el niño es importante también entonces ubicar el papel que cumple la pulsión en esta constante repetición de energía sexual durante el juego. “La satisfacción propia del juego se mantiene: se juega por placer, placer de pensamiento, de la palabra, de la sexualidad, de la creación” (Lewin, citado por Bareiro, 2017, p.05).

A partir de esto Izaguirre (1995) plantea que:

Para Freud, el niño distingue la realidad del juego, el niño se apoya en objetos tangibles y visibles del mundo real, siendo este apoyo lo que diferencia el jugar del fantasear, dirá Freud que está regido por los deseos del niño, en especial el deseo de ser adulto, y también a través del juego rectifica la experiencia cotidiana. En este sentido, al igual que el sueño diurno, los ensueños y los sueños, el juego es un producto deformado por el trabajo del inconsciente. Y en ello se satisface un deseo inconsciente. (p.32)

Será importante entonces también plantear que el juego está sumergido de lo simbólico, es decir significantes, lenguaje; lo imaginario: imágenes, esquemas, y lo real, siendo aquello que dentro de la medida de lo posible mediante el juego se podrá tramitar. Cada uno de ellos se relacionan en el momento del juego desde el psicoanálisis, lo cual da apertura a ubicar desde ahora el juego como un método que permita indagar e incluso situar el juego no solo como una actividad lúdica, sino que también como una herramienta que da apertura a lo inconsciente. En relación a esto Klein citado por Luzzi y Bardi, (2009) le da un valor a la expresión lúdica del juego y expresa que:

Todas las sublimaciones se basan en el juego y todas las inhibiciones se basan en la inhibición en el juego. El niño cuando juega utiliza los mismos medios de expresión arcaicos que en el sueño: desplazamiento, condensación y simbolización; sólo es posible comprender su significado empleando el mismo método que Freud utilizó con los sueños: el desciframiento. (p.57)

Dichas fantasías, deseos y todo que se instaura a nivel imaginario, simbólico y real ocurre de manera particular en cada sujeto, es por eso mantener en consideración a la hora de incluso utilizar el juego en sus múltiples funcionalidad que las respuestas que se presentarán rondarán precisamente a la particularidad subjetiva de cada infante.

EL JUEGO DIAGNOSTICO

Actualmente el juego como tal mantiene varias utilidades dentro de distintos campo, específicamente en la psicología es un recurso que realmente mantiene una función importante durante el trabajo con los niños. Como ya se lo ha mencionado anteriormente el escenario que se presenta durante el juego permite localizar varios conflictos, procesos, que mantiene el sujeto en su vida, lo cual mayormente en niños a través del juego resulta mucho más representativo durante una sesión. Ahora bien en relación al juego diagnóstico, mantiene su base teórica desarrollada por Klein (citado por Luzzi y Bardi, 2005), quien expresa:

La técnica de juego como método para acceder al psiquismo infantil, manteniendo los principios del método psicoanalítico, aplicándolo a niños menores de 6 años. Otorgó al juego un valor esencial como criterio de salud o enfermedad mental infantil y lo consideró equivalente a la asociación libre del adulto. A través del juego el niño representa simbólicamente fantasías, deseos y experiencias; sirve para elaborar situaciones traumáticas y proporciona alivio de la presión superyoica a través del mecanismo de personificación. (p.59)

Dichas bases fueron tomadas por Aberastury quien denomino esta técnica como la hora del juego diagnostica, Aberastury (citado por Luzzi y Bardi, 2005) consideró que:

El juego es el modo privilegiado de conexión con el niño y que permite arribar a un diagnóstico inicial. En la primera hora de juego el niño comunica su fantasía inconsciente de enfermedad y curación, así como el papel que le otorgará al terapeuta en el proceso psicoterapéutico. (p.59)

Sin embargo es importante mencionar que a pesar de hablar del juego como un recurso para evidenciar ciertos procesos del sujeto, es importante mencionar que esta técnica no es una improvisación de juguetes o de escenarios, puesto que dicho juego se lo realiza para ser una herramienta clínica, por lo tanto involucra que la persona se encuentre preparada para realizar la utilización de los materiales. Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (2000) expresan:

El rol del psicólogo durante el proceso Psicodiagnóstico es un rol pasivo, en tanto funciona como observador, y activo en la medida en que su actitud atenta y abierta (atención flotante) le permite la comprensión y formulación de hipótesis sobre la problemática del entrevistado. (p.199)

Hay que considerar el cumplimiento del rol del psicólogo dentro de este tipo de juego puesto que también deberá utilizar habilidades y ética profesional para poder capturar aquello que moviliza al paciente, incluso entre otras señales que usualmente los pacientes manifiestan en este tipo de juego, mismo que tiene una estructura y mantiene una modalidad, Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (2000) plantean “la plasticidad, rigidez y estereotipia y perseveración” (p.203). Es decir que dichas modalidades permiten incluso dirigir al terapeuta en el posible diagnóstico, por lo tanto es importante conocer estas modalidades del juego diagnóstico, que serán descritas a continuación:

En relación a la plasticidad Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (2000) expresan: “que puede manifestarse de distintas maneras: expresando la misma fantasía o defensa a través de distintos mediatizadores; varias fantasías con varios mediatizadores, o una gran riqueza interna por medio de pocos elementos que cumplen diversas funciones” (p.203). Es decir que se tomará en consideración la versatilidad que mantienen los niños para darle las distintas funciones a un mismo objeto, con la finalidad de identificar sus razones internas.

Sin embargo es importante también mantener en consideración el tiempo y la frecuencia de dicha plasticidad en relación a los distintos objetos,

motivo por el cual el psicólogo deberá estar sumamente atento a cada movimiento.

Tenemos también la rigidez, de la cual Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (2000) afirman:

Es utilizada frente a ansiedades muy primitivas para evitar la confusión. En este caso el niño adhiere a ciertos mediatizadores en forma exclusiva y predominante para expresar la misma fantasía. Esta característica se puede ver tanto en los juguetes como en las secuencias, verbalizaciones y gestos, y tiene como propósito controlar la identificación proyectiva en el depositario, conservar los límites y mantener la disociación. Dado que cualquier situación nueva lo desorganiza y provoca confusión. Esta defensa empobrece al yo y da como resultado un juego monótono y poco creativo. (p.204)

Es decir que dentro de la modalidad de la rigidez podemos evidenciar las dificultades que el paciente presenta en relación a la modificación de ciertos atributos e incluso funciones que se le dan a los objetos dentro del juego dejando por fuera la creatividad y dando paso a constante frecuencia de la fantasía dirigida a un solo objeto.

Finalmente en relación a la modalidad del juego estereotipado y el perseverante, Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (2000) expresan: "Se manifiesta una desconexión con el mundo externo cuya única finalidad es la descarga; se repite una y otra vez la misma conducta y no hay fines comunicacionales. Este juego es típico de los niños psicóticos y con lesiones orgánicas" (p.205). Es decir que es esta modalidad apunta a otro tipo de contexto debido a la población a la que va dirigido el juego.

Ante lo mencionado es importante resaltar que cada modalidad mantiene sus herramientas preparadas, en relación a cada historia clínica, familiar y singular del paciente, puesto que es importante mantener este conocimiento para la realización de un diagnóstico pertinente.

EL JUEGO TERAPÉUTICO

Asturizaga y Unzueta (2008) afirma en relación al juego terapéutico afirma:

El juego es un dispositivo que hace trabajar al inconsciente, lo hace producir. Ahora bien, que produzca elementos del inconsciente no es suficiente para que haya trabajo analítico. Sin eso no hay análisis, pero sólo con eso tampoco. Aquí vendría la presencia necesaria y la intervención del analista. De esta presencia el mismo niño a través del juego encontrara la dirección del camino a la cura ya que el juego se resarce en sí mismo, es decir, es terapéutico en sí mismo. (p.16)

Es importante reconocer que a diferencia del juego diagnóstico, este tipo de juego como lo es el terapéutico, implica mucho la función tanto del psicólogo como del paciente, ya que no aquí no bastante con capturar aquello que irrumpe y se manifiestan desde el interior si no que desde esta herramienta terapéutica se propone un restitución subjetiva que permita desanudar aquello que hace ruido y guiar dicho proceso a través de las distintas intervenciones del analista.

Janin (citado por Bardi, Jaleh y Luzzi, 2011) diferencia dos momentos en el trabajo terapéutico:

a) Un momento en el cual las intervenciones del analista apuntan a la construcción de un espacio lúdico, y tienden a “armar subjetividad”, y b) una segunda etapa en la cual el acento está puesto en la interpretación de deseos, prohibiciones, identificaciones, etc. Ambos momentos son lógicos y no secuenciales. El analista de niños tiene así una función estructurante que implica ligar aquello traumático que ha dejado huellas sólo susceptibles de repetición permitiendo el despliegue de fantasías de aquello que fue desestimado, desmentido o reprimido. (p.82)

Es decir que el rol del psicólogo en el juego terapéutico continua teniendo la misma rigurosidad en la utilización de la técnica sin embargo cada uno apunta a diferentes objetivos. Manteniendo en el juego un espacio que le permita al sujeto estructurarse, regularse y trabajar en aquellos significantes que sin duda aparecerán a durante los tiempos lógicos de cada sesión.

LA ACCIÓN EN LA FICCIÓN DEL JUEGO

Izaguirre (1995) afirma que el juego:

Es una construcción de ficción que dentro del electo del significante. En el juego encontramos una respuesta de lo real, o sea una realización del sujeto tanto inconsciente, que definido por Lacan como efecto de significación, (el sujeto) es respuesta de lo real (p. 31).

Es decir que la ficción responde a una elaboración del sujeto por medio de la cual le resulta mucho más llevadero aquello que simboliza o representa en la ficción, puesto que como se lo ha mencionado como anterioridad lo real suele presentarte como insoportables, por lo tanto la ficción radica en el hecho de una respuesta para lo real.

Sin embargo es importante localizar dicha ficción puesto que termina siendo un recurso para el paciente sin embargo al ser un medio de respuesta a lo real es importante poder distinguir la ficción sobre la acción. Para aquello será importante el respeto a los tiempos lógicos de cada sujeto o no empujar al paciente al deseo del analista si no más bien permitir guiar. En cuanto a lo simbólico y si localización que se manifiesta en dicha ficción, Izaguirre (1995 afirma:

Si bien el niño juega, es importante destacar que un analista espera que en el transcurrir de la cura haya un predominio de la verbalización sobre la acción. Solicitarle al niño que hable y cuente lo que ha jugado es parte importante de la sesión analítica y la idea es que el niño emplee a lo máximo el don del lenguaje. (p. 31)

Al localizar dicha verbalización podemos entonces ubicar esta acción que de alguna manera no salta a primera vista sino más bien requiere del terapeuta que le permita dar una mejor interpretación de aquello que ha visto.

Izaguirre (1995) en relación a la importancia del juego y del Otro, expresa:

Así pues, el juego importa mucho y está dirigido a un Otro, sin saberlo el que juega. Este Otro, esté o no involucrado, esté o no atento, aliente o interrumpa, ya sea si mire o no, si recoja o no las voces y los pequeños gestos, siempre estará allí. El juego se crea desde el Otro, que no es exactamente el semejante, y que estaba desde antes, era previo al niño. Estaba siempre (p. 46).

Es decir que todo aquello que involucra el juego se da en función del Otro mismo que sirve desde siempre para el niño, es decir que el niño solo se implica en esta herramienta si existe la presencia del gran Otro, sin embargo hay que mencionar que precisamente la ficción prevalece puesto que Raimondi (2017) afirma:

Es necesario las ficciones reguladoras, Se trata entonces de asegurarnos que el niño haya localizado este goce en una construcción fantasmática, en un campo ficcional, y que estas ficciones permitan al niño armarse una respuesta a la pregunta por el goce de su madre o de quien cumpla la función del gran Otro. (p.693)

RESPUESTAS DESDE EL FANTASMA

Miller (citado por Raimondi, 2017) en “Síntoma y Fantasma” expresa:

El juego se ubica como antecedente, precursor del fantasma. Señala que el juego Fort-Da es un emblema de como el fantasma funciona como máquina para obtener placer. Y homologa la función del juego y del fantasma en tanto partir de una situación de goce como de angustia puede producir placer. En esta línea de relación entre el juego en la infancia y el fantasma es que se planteará al juego como pantalla a lo real, la escena lúdica en la infancia deberá velar lo real de muerte y sexualidad. El juego operará como pantalla al goce parental, a la vez que constituyen ya una respuesta a la pregunta por el deseo materno. Es entonces mediante este entramado ficcional que el niño podrá poner a “jugar” el lugar de objeto que ocupa para el Otro parental. Lugar estructural, ya que entra a la estructura como objeto de amor, deseo y goce del Otro (p.693)

El método del juego desde la perspectiva psicoanalítica propicia respuestas subjetivas y particulares, a lo largo del escrito se ha planteado el juego desde las diferentes modalidades según los objetivos que se requieran

para intervenir desde esta herramienta. Las distintas elaboraciones devienen precisamente de todos los procesos que dan desde el inconsciente, tanto en relación al Otro, su posición como sujeto, el deseo del niño, etc. Sostiene Miller (citado por Ladaga, 2014) “es válido decir que el paciente encuentra en su fantasma un recurso contra su síntoma” (p.305). Es decir que el fantasma se presenta como respuesta y recubre la angustia o el síntoma que se presenta, incluso como respuesta al enigma y deseo del Otro.

Izaguirre (1995) expresa:

Cuando un niño no se ocupa de jugar podemos decir que está ocupado con su fantasma. Así, si el fantasma es un subrogado del juego, el juego es también realidad psíquica del niño. Si el fantasma, es la máquina de obtener placer del goce, lo mismo podría decirse para el juego. Lo real del trauma, el goce, disminuirá al entrar en la significación y en la imaginarización. (p.47)

Será precisamente esa repetición en el juego el que da cuenta de los significantes, lapsus, chistes, entre otras formaciones del inconsciente que dan cuenta de la posición del sujeto en relación a su síntoma, mismo que desde el síntoma será evidente puesto que se manifiesta simbólicamente, sin embargo el fantasma que mantiene su origen desde lo imaginario será aquello de lo que el paciente no habla. Izaguirre (1995) plantea:

Entonces el juego, igual que la fantasía aparece como un medio para articular el goce con la angustia del trauma y con el principio del placer. En el sentido lacaniano, el fantasma tiene una función semejante a del juego que describe Freud: a partir de una situación tanto de angustia como de goce, el juego es una forma de obtener placer. El goce tiene un estatuto de real; nos remite al Más allá del principio del placer Freudiano, al más allá de la homeostasis, a la satisfacción pulsional y a la pulsión de muerte. (p.33)

CAPITULO IV

POSIBLE INTERVENCIÓN A PARTIR DEL JUEGO

MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA LOCALIZADAS A PARTIR DEL JUEGO

Como se lo ha mencionado anteriormente el niño dentro del ámbito hospitalario toma una posición subjetiva que le genera angustia todo el tiempo. Es decir que más allá de incluso lidiar con su problema orgánico se generan molestias a nivel psíquico que interfieren incluso en el tratamiento médico. Belson (citado por Serrada, 2007) refiere:

El niño(a) hospitalizado generalmente se siente confundido y amenazado por la enfermedad y, en algunas ocasiones, por el dolor, así como por la necesidad de tener que hacer frente a la separación de su familia, su casa y sus rutinas diarias. Por medio del juego el niño(a) puede hacer más tolerable estos acontecimientos y todos los sucesos extraños e inesperados que le van a ocurrir durante el mismo; pudiendo también expresar los sentimientos como miedo, angustia, entre otros; que esa situación le produce. (p.01)

Es decir que esta herramienta permite intervenir de manera muy sutil en el sujeto en relación a su malestar, permitiendo evidenciar aquello que angustia y a partir del mismo propiciar nuevas respuestas dentro del mismo ámbito. Sin embargo será importante plantear que no se trata de una actividad improvisada, sino más bien de una herramienta que deberá ser empleada únicamente por aquellos profesionales que les permita detectar un problema a nivel subjetivo y darle a partir del juego una posible intervención, puesto que Mordoh (2004) a partir del juego desde el psicoanálisis plantea:

El juego en el niño tiene que ser entendido a partir de la lógica significativa. No podemos considerar al juego como una entidad en sí misma o como algo dado de antemano. Nos interesa entonces el juego no en sus aspectos universales o naturales (Winnicott) sino en lo que tiene de singular para cada sujeto a partir de que se constituye como una respuesta de lo real. (p.10)

El real que se manifiesta como lo imposible, deviene en hospitalización precisamente en relación a las diversas situaciones hospitalarias, puesto que como lo hemos planteado en párrafos anteriores la posición del niño como objetos de goce del Otro genera angustia, siento este el afecto que no engaña y que surge respuesta ante esta posición y ante lo real de la enfermedad e incluso de la propia muerte.

Lacan (citado por Mordoh, 2004) en Televisión precisa: "el impasse sexual secreta ficciones que racionalizan lo imposible de lo cual proviene. No digo imaginadas, leo de ellas como Freud la invitación de lo real que responde de ello" (p.08). Eric Laurent (citado por Mordoh, 2004) expresa, desde este planteamiento, que:

No se trata en el juego de un despliegue de imaginación pura y simple, que debe ser rechazado a partir de la teoría del significante, sino de una respuesta de lo real que encuentra su causa en lo imposible de la relación sexual. (p.08)

Será el juego entonces una respuesta ante lo real que angustia, focalizada en aquellos significantes que provocan efectos o faltan.

POSIBLES INTERVENCIONES A PARTIR DEL JUEGO

Si bien es cierto el juego es un medio que posibilita varias modalidades de uso, sin embargo en este trabajo el juego es tomado con el objetivo del planteamiento como una herramienta clínica hospitalaria, la cual nos permitirá evidenciar aquello que nadie más desde este ámbito da cuenta como lo es la angustia y todo lo que conlleva la misma, no se trata entonces de un juego de distracción para el paciente, se trata de un trabajo clínico y particular por lo tanto va a ser importante que sea una psicóloga clínica quien la use, tomando en consideración incluso su posición dentro de la dinámica.

Raimondi (2017) sobre las intervenciones plantea:

Las intervenciones apuntarán a restablecer las coordenadas de la escena ficcional para que el niño pueda representarse en una escena lúdica, “de jugando”, a fin de que pueda articular en esa trama lo traumático, su padecimiento. Se tendrá que sancionar un juego ante eso que quedó sin velo, para que lo real que irrumpió vuelva a anudarse en esa trama. Sancionando “de jugando” aquello que el Otro del niño no pudo leer como juego, además leerá de otro modo las trazas que marcaron al niño ofreciendo un nuevo tiempo para que sean jugadas, equivocará esos significantes en los que ha quedado coagulado para que pueda representarse de otro modo. (p.694)

En estas intervenciones se pondrán en juego los significantes, las respuestas antes lo real, situaciones traumáticas, la posición del Niño como objeto del Otro, y otras constituciones que será entonces importante dar cuenta a partir del juego la dinámica de cada una de ellas. Puesto que será en el contenido del juego donde el Niño pone en juego la ficción, la cual manifiesta su modalidad de lidiar con lo real.

Raimondi (2017) en Estatuto y función del juego en la clínica con Niño propone:

Son necesarias de las ficciones reguladoras, leer juego allí. Se trata entonces de asegurarnos que el niño haya localizado este goce en una construcción fantasmática, en un campo ficcional, y que estas ficciones permitan al niño armarse una respuesta a la pregunta por el goce de su madre (Otro). Sintetizando: concebimos al juego como cadena de significantes, como la trama simbólico-imaginaria que anuda lo real y en la que el niño se irá constituyendo subjetivamente. Es mediante este entramado que el pequeño irá metaforizando, enlazando esos significantes que le vienen del Otro (S1) y a los que en un primer tiempo será necesario que se aliene, para luego descontarse. Vía el juego la pulsión se irá anudando a un campo de representaciones, para no ser pura pulsión muda. (p.693)

Es decir que dentro de las intervenciones a través de la propuesta del juego se buscará localizar la acción en la ficción y representaciones que se van a generar a través de esta herramienta. Dándole a partir de aquello mismo con que el niño juega a nuevas elaboraciones generadas por lo el propio paciente que permitirán regular la angustia dentro de la hospitalización.

VIÑETAS CLÍNICAS

CASO “EL PAN TOSTADO DE CHASE”.

Tiago tiene 5 años, con diagnóstico de Leucemia linfoblástica aguda. Ingresa al área de hospitalización pediátrica por primera vez, donde recibe quimioterapia. Vive con su mamá, abuela, tía y primas maternas. Sus padres son separados y su papá es poco presente.

El paciente, fue visitado por cinco ocasiones. En la primera visita, el paciente se muestra renuente con todos e inmediatamente me grita “ándate”, y le dice a la mamá “dile que se vaya”, “quiero yogurt con pepas”. Luego de eso, me golpea con una patada y se acuesta. En ese momento, intervengo diciéndole “De acuerdo, me voy, pero te volveré a visitar. Estaré pendiente de ti, nos vemos”. En cuanto a la atención de una urgencia subjetiva, como sucede en un espacio hospitalario Sotelo (2007) relaciona la irrupción de síntomas con el “paciente que en realidad no quiere nada del por qué le pasa lo que le pasa” (p. 29).

En la segunda visita, me rechaza, pero sin agresión. Convirtiéndose estos rechazos en una demanda que requería solución inmediata por parte de los médicos. Mientras él estaba viendo un video de comida, decido preguntarle. Reproduzco diálogo:

Tiago. - No mires, ándate. (Decido quedarme en silencio). ¡Quiero pan tostado!

Psicóloga. - ¿En serio?, cuéntame, ¿Cómo es el pan tostado?

Tiago. - No sé, no sé. Pregúntale a Marcela” (Marcela es la abuela con la que él vive).

Psicóloga. - Ah bueno, cuéntame, ¿Quién es Marcela?, es para poder decirle que tú quieres pan tostado.

Tiago. - No sé, no sé, ándate.

Psicóloga. - Bueno, está bien, pero luego nos vemos. Estoy pendiente de ti.

En la tercera visita, el paciente tiene 3 días sin comer, ya que emerge una dificultad médica. Los médicos manifiestan que su adaptación en la sala no ha sido favorable y que no obedece, retrasando muchos procedimientos médicos.

Me acerco al paciente y observo que tiene un peluche en su camilla.

Psicóloga. - ¿este es Chase? de Paw Patrol. (Comienzo a hacer una especie de “ventrílocuo”). ¿Cómo estás Chase?, sabes que vengo a hablar con Tiago, pero él no quiere hablar conmigo. ¿Cómo está él?

Psicóloga. - ¿Cierto que a Tiago le gusta el pan tostado?

Chase. - Sí, le gusta mucho.

Psicóloga. - ¿Es cierto que le gusta el cereal con leche?

Tiago. - No, yogurt con pepas.

Mira fijamente al muñeco y le pregunta:

Tiago.- ¿Por qué nadie me pregunta que quiero o nadie dice “por favor”? estoy enfermo no muerto.

Luego me mira y dice “ándate”.

Psicóloga a Chase y a Tiago. – Okey, Otro día te vengo a visitar.

El juego es un texto en el cual los significantes toman lugar de juguetes y en donde la significación que deviene nos lleva al inconsciente develando el fantasma, goce, deseo, síntoma, de un sujeto. (Asturizaga y Unzueta, 2008)

Cuarta visita, Tiago es llevado a realizarse una ecografía, pero lo único que hago es dar a notar mi presencia como modo de acompañamiento.

Quinta visita, el paciente lleva 10 días sin comer, debido a una pancreatitis. Al igual que la tercera visita, tomo a Chase (peluche de paw patrol)

Psicóloga a Chase. – ¿Cómo está Tiago?

Chase. - Está bien. (Termina diálogo con Chase).

Psicóloga a Tiago. – (En la camilla había carritos de juguetes) ¿Cuál carrito te gusta más? ¿Puedo tomarlos?

Tiago. – Sí puedes. Me gusta el rojo.

(En su celular se reproducía un video de comida)

Psicóloga. - ¿Qué ves?,

Tiago. - No mires.

Psicóloga. - Está bien, no veo. Yo veré lo que tú me permitas ver, ¿de acuerdo?

Tiago.- Esta bien, dígame al doctor que ya puede venir a inyectarme pero usted y Chase deben quedarse.

En este sentido, se advierte que el malestar del paciente estaría vehiculizado sobre la angustia del goce del Otro por no poder comer debido a su condición médica y por todo lo que este le exige en hospitalización y evidenciando su síntoma en ese rechazo al Otro, por ello se recomienda al personal mantener tratos humanos con el paciente que le permita mantener un lugar dentro del área. Como refiere Coccoz (2017)

Los síntomas no son meras ficciones, cumplen una función real biológica, en sus términos como dispositivos protectores y su justificación social su "ventaja", no siempre es puramente subjetiva, ya que la resolución sintomática puede revelarse como menos perjudicial que el conflicto (inasumible) que ocasionó ese desenlace (p. 12).

LA ROCA DE LA FAMILIA

Jordana es una paciente de 9 años, derivada del área de cuidados intensivos pediátricos debido a un accidente propiciado por un carro que impactó contra la pared la parte inferior de su cuerpo, llegando la pierna izquierda al hospital en malas condiciones. Por este motivo los médicos deciden realizarle una amputación. El personal del área refiere que la primera impresión de la paciente se manifestó con gritos y llantos desesperados “no voy a poder, así yo no voy a poder”.

La madre menciona que se encuentra separada del padre de Jordana desde hace aproximadamente dos años. La paciente es la menor de tres hermanos y mantiene gran apego con el padre. Además indica que Jornada significa la calma y fortaleza en la familia, siendo estas las palabras que repite para afrontar cada problema que ha pasado. La madre menciona que en relación a la situación de Jordana antes de entrar a quirófano le indica a los padres: “cuando salga quiero verlos juntos otra vez como una familia”.

Ante el primer acercamiento de los médicos Jordana se encontraba muy nerviosa, le temblaba todo el cuerpo y lloraba en silencio. Realiza su primer intento por pararse de la cama y evita usar las muletas, puesto que intenta realizar el apoyo en ambas piernas, en esta acción se cae e inicia gritar desesperada. Adicional a eso evita bañarse o arreglarse.

En las primeras entrevistas con Jordana, ella se muestra distante, habla muy poco y de entrada menciona “ya me cambiaron el suero”. Ante lo cual respondo que mi visita es porque quería conocerla y acompañarla en su proceso durante el hospital. Me mira fijamente y me dice “estoy bien”. Me quedo junto a ella y minutos después habla sobre su familia, hace una pausa y menciona “todos me preguntan cosas pero nadie me explica y tampoco quiero saber”. Ante lo cual respondo “me puedes preguntar tú a mí lo que desees, y yo te lo explicaré solo cuando tú quieras saberlo”. Sotelo (2007) refiere sobre la urgencia subjetiva “a la irrupción de síntomas y al paciente que en realidad no quiere nada del por qué le pasa lo que le pasa” (p. 29).

En la siguiente sesión llevo una caja de juguetes, con varios muñecos que permitían realizar representaciones.... Al coger uno ella expresa “esta muñeca se parece a mí” – ante lo cual pregunto – “¿Cómo así se parece a ti? Y ella responde que tiene todas las cualidades menos una. Al preguntar por esa cualidad evitaba dar la respuesta. Sin embargo a cada uno de los otros muñecos decidió darle características y los nombres de cada una de las personas de su familia.

Cada día que visitaba a Jordana tenía una nueva historia (casi interminable) que la contaba a través de cada uno de los muñecos. Sin embargo algo siempre se repetía en su discurso :primero que la muñeca que se parecía a ella era “la roca de la familia” , pero que algo le faltaba ,dejándola siempre a un lado de todas las actividades concentrando toda la historia en los otros miembros. Izaguirre (1995) afirma “El juego es el escenario de la relación del sujeto, ese niño particular, con su objeto pulsional; relación que sólo oculta y subraya la imposibilidad de ese pequeño de realizarse en a completitud y en la recuperación de lo perdido” (p.47).

Hasta este momento se había podido pesquisar que Jordana no había tenido su proceso de duelo correspondiente a su pérdida y que en su lugar a nivel imaginario recubre la falta ubicando a su familia y manteniéndose pseudo completa todo el tiempo. Además de los significantes y posición en la que se coloca frente al Otro, que le sugiere todo el tiempo “ser fuerte” ante la adversidad.

Luego de varias sesiones de muchas historias de su familia. Yo tomo la muñeca parecida a ella e inicio a peinarla y le pregunto “¿qué tal si le cambiamos la ropa?” inicialmente puso muchas excusas para no hacerlo pero finalmente lo logró. Eventualmente cada día iniciaba por cambiarle la ropa, peinarla y arreglarla. Lo interesante es que Jordana también inició a hacerlo antes de mantener la sesión conmigo realizaba mantenimientos de aseo.

En la siguiente sesión decido llevar únicamente esa muñeca y le pregunto:

Psicóloga: ¿Hay alguna historia para ella?

Jordana: No, ella es fuerte. Pero esta coja, le hace falta una pierna.

Psicóloga: ¿y por eso no tiene una historia?

Jordana: Yo si quiero que tenga una. ¿Le puedo sacar una pierna? Eso es lo que no tiene de mí. (Regresa a ver a la cama de a lado, la muñeca de otra paciente que estaba completa) y expresa: mira no son iguales, ya no soy la fuerte, y no soy la roca, a mi familia le va a dar vergüenza.

Psicóloga: Okey. ¿Sabes que es lo más importante de cada persona?

Jordana: no

Psicóloga: Su manera particular de ser.

Jordana: Quiero contarle la historia a todos los muñecos.

En las próximas sesiones, Jordana mantuvo una dinámica de roles con cada uno de los muñecos, contaba historias de la muñeca y la mantenía como protagonista de la historia, realizando incluso pausas para decirme: es que esto es lo que en realidad yo siento; dando paso a un trabajo más profundo. Mandil (2020) dirá que “lo nuevo en el amor, en la perspectiva de la invención, concierne principalmente a nuevas modalidades de tratar con lo que se repite” (p.01)

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

ENFOQUE METODOLÓGICO

La siguiente investigación con el título “La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica”, tiene como objetivo analizar la presencia de la angustia en los niños de 5 a 12 años de edad hospitalizados mediante investigación de campo desde la teoría psicoanalítica para la construcción de una propuesta de intervención.

La metodología utilizada en la siguiente investigación mantiene un enfoque cualitativo ya que este permite evidenciar la descripción de datos, provenientes del discurso verbal y escrito de personas o de sus conductas observables (Taylor y Bodgan, citados por Piñero y Rivera, 2013, p.20). Tomando en consideración la particularidad de cada sujeto en cada uno de estos aspectos y el proceso de recolección de datos dentro del ámbito hospitalario.

Se considera este enfoque cualitativo el indicado para el trabajo propuesto ya que este busca “interpretar y comprender la conducta humana desde los significados e intenciones de los sujetos que intervienen” (Cruz, 2014, pág. 27)

Además se manejará esta metodología bajo un enfoque psicoanalítico mismo que permitirá completarse y mantener la importancia de la particularidad subjetiva en cada entrevista o intervención. Albert (2007) en relación a lo mencionado plantea:

La investigación cualitativa tiene un enfoque exploratorio y descriptivo, esto significa que estas investigaciones están diseñadas para descubrir todo aquello que se pueda aprender de algún fenómeno de interés, en especial fenómenos sociales donde las personas son los participantes...Lo que se pretende con este tipo de investigación no es generalizar unos resultados, sino más bien la comprensión de esa experiencia desde el punto de vista de los propios agentes (2007, pág. 173)

De acuerdo al objetivo planteado, en la siguiente investigación se pretende explorar y describir la angustia en los niños hospitalizados, los procedimientos médicos, y la relación particular entre el sujeto, su nuevo entorno y el gran Otro, además de la descripción de la estructuración del sujeto como tal y sus posibles posiciones frente a este gran Otro, puesto que será de importancia poner en evidencia las posibles razones de la manifestación de angustia, ya que este recurso del síntoma se pone en juego frente a distintas situaciones. Será entonces la técnica exploratoria la que va a permitir ubicar conceptos correspondientes al enfoque psicoanalítico para el planteamiento de los distintos conceptos que se van a trabajar.

Adicional a ello se propondrá un posible método de intervención a partir del juego, dentro del cual se pretende describir bajo la sustentación teórica todos aquellos procesos que transitan por el sujeto cuando juega. Sin embargo es importante mantener en consideración que tanto la técnica exploratoria como la descriptiva se apoyaran del enfoque indicado y de técnicas intratextuales e intertextuales, que serán explicadas más adelante para el planteamiento de la teoría correspondiente.

A partir de los conceptos mencionados a trabajar, se buscaron textos de psicoanálisis principales que apoyen con sustento teórico la investigación permitiendo mantener una línea acorde al tema seleccionado. Algunos de los textos y autores utilizados son “Los caminos de la formación del síntoma” y “Más allá del principio y del placer” de Freud; “Psicoanálisis con niños” de María Izaguirre; y algunos de los textos de Lacan entre ellos “Seminario 10: La angustia” y “Dos notas sobre el niño”, realizando a partir de ellos interpretaciones y planteamiento que permitan mantener un sustento teórico tanto de la investigación como de la propuesta dentro de la investigación, permitiendo desglosar y describir aquellos procesos psicoanalíticos trabajados como: angustia, fantasma, goce, el juego, el síntoma, el Otro, alineación, separación, entre otros conceptos. Logrando hacer un recorrido de la angustia precisamente en la infancia puntualizando el ámbito hospitalario.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

A partir del objetivo planteado se han utilizado técnicas para el desarrollo de esta investigación, lo cuales serán nombrados y posteriormente desarrollados a continuación:

- Lectura intertextualidad.
- Lectura intratextual.
- Observación directa.
- Entrevistas estructuradas.
- Entrevistas no estructuradas.
- Escucha Activa.
- Triangulación de resultados.

Se ha utilizado para la formulación de la interpretación de alguno de los textos mencionados y utilizados en la descripción del trabajo una lectura intertextual, misma que permite realizar una relación y comparación de los textos anteriores. Siendo la intertextualidad “Un mosaico de citas, una absorción y transformación que coinciden en el texto; es el lugar de interacción compleja entre diferentes textos” (Kristeva, citado en Aguilar y Fregoso, 2013, p. 419).

Teniendo en consideración la problemática planteada en el tema principal como lo es la angustia, se ha mantenido también la relación de lectura intratextual, de la cual Pérez (citado en Bernal, 2007) menciona: “es lo que básicamente dice un texto que se pretende haber leído, a partir de lo que allí dice, no de lo que se le atribuye o se exija como condición de lectura, más allá del texto” (p. 41). Esta lectura permitió la realización de la revisión de varios autores desde el enfoque psicoanalítico para diferentes conceptos incluyendo la angustia, puesto que a pesar de que los textos comparten similitudes teóricas, se ha conservado la particularidad del planteamiento de cada autor.

Las técnicas que se han usado durante la investigación es la observación directa, la cual busca “captar el significado de una conducta, que se puede

escoger previamente, evitando su manipulación y que es susceptible de ser registrada a través del sistema más adecuado” (Anguera, 1999, pág. 230). Permitiendo evidenciar conductas correspondientes o no a la angustia en los niños hospitalizados.

Y por su parte para la relación de entrevistas tanto a los padres de familia del paciente como a los especialistas que los atienden se realizaron entrevistas estructuradas definidas como:

Preguntas que se fijan de antemano, con un determinado orden y contiene un conjunto de categorías u opciones para que el sujeto elija. Se aplica en forma rígida a todos los sujetos del estudio. Tiene la ventaja de la sistematización, la cual facilita la clasificación y análisis, asimismo, presenta una alta objetividad y confiabilidad. (Díaz, Torruco, Martínez, Varela, 2007, p.163)

Siendo las preguntas de las entrevistas las siguientes:

- Entrevista Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?
2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?
3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?
4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?
5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?
6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?
7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?
8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

- Entrevista Dirigida a Profesionales

1. ¿Qué reacciones psicológicas se han presentado con mayor frecuencia en los padres de los niños hospitalizados?
2. ¿Qué manifestaciones conductuales y emociones ha observado usted durante la hospitalización de un niño?
3. Desde su experiencia ¿estas manifestaciones son pasajeras o permanecen durante la hospitalización?
4. ¿Hay angustia frente a los procedimientos médicos en los niños y en los padres?
5. ¿Qué conducta requiere usted de un paciente hospitalizado?
6. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?
7. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar?

Para la exposición de la casuística se realizó la presentación de dos casos clínicos. Donde se usaron entrevistas no estructuradas definidas como: “más informales, más flexibles y se planean de manera tal, que pueden adaptarse a los sujetos y a las condiciones. Los sujetos tienen la libertad de ir más allá de las preguntas y pueden desviarse del plan original” (Díaz, Torruco, Martínez, Varela, 2007, p.163).

Además se aplicó observación directa y escucha activa, donde Ortiz (citado por Cárdenas, 2019) en relación a esta última que:

La escucha activa es aquella que representa un esfuerzo físico y mental para obtener con atención la totalidad del mensaje, interpretando el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal, el tono de la voz y el lenguaje corporal, indicándole a quien nos habla, mediante la retroalimentación, lo que creemos que hemos comprendido. (p.28)

Sin embargo es importante mantener claro que se prepara espacio y se mantiene un material elaborado para la sesión, sin embargo se da apertura a la flexibilidad puesto que es esto lo que precisamente apela a singularidad de cada sujeto y a la construcción de un “conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2010, p.23).

Ambos casos dan soporte a la propuesta de una intervención del juego desde una perspectiva psicoanalítica, misma que busca pesquisar la acción en la ficción y la regulación de la angustia a partir del mismo, es entonces a partir de esto que se mantiene un sustento recogiendo las conceptualizaciones trabajadas a los largo de la investigación tanto desde la teoría como desde la práctica.

Finalmente para el análisis de los resultados se realizó la triangulación de los resultados de las diferentes entrevistas, de lo cual Aguilar y Barroso (2015) afirman:

Es la aplicación de diversos métodos en la misma investigación para recaudar información contrastando los resultados, analizando coincidencias y diferencias. Su fundamento se centra principalmente en la idea de que los métodos son instrumentos para investigar un problema y facilitar su entendimiento. (p.74)

Puesto que Piñero y Rivera (2013), plantean que este tipo de ordenamiento dentro de la investigación: “le otorga formato y sentido” (p.54). Manteniendo la importante de reflejar los conceptos más importantes desde la perspectiva particular de cada sujeto en relación a la angustia mismos que responden a los objetivos de la investigación.

MUESTRA

En relación a la muestra seleccionada es importante plantear la relación con la metodología cualitativa, desde la cual se puede plantear que:

En el enfoque cualitativo, la muestra es una unidad de análisis o un grupo de personas, contextos, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre la cual se recolectan los datos sin que necesariamente sean representativos del universo o población que se estudia, ya que en ocasiones la muestra es el universo mismo de análisis y no se determina hasta que se ha realizado la inmersión inicial en el campo y llega a variar conforme transcurre el estudio teniendo esta un carácter de flexibilidad (Albert, 2007, pág. 178)

El tipo de muestra que se ha incluido para la investigación es un tipo de muestra por conveniencia, de la cual Otzen y Materola (2017) expresan que: “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.230)

Por lo tanto, se ha tomado 5 padres de familia de manera deliberada cuyos hijos se encuentran en hospitalización y 3 profesionales que se desenvuelven en áreas de hospitalización pediátrica, manteniendo funciones de Médico oncólogo, Médico pediatra y Psicóloga del área de cuidados paliativos para la realización de las entrevistas que permitan evidenciar la problemática planteada sobre la angustia, tomando en consideración el rango de edad de los pacientes de 5 a 12 años.

Adicional a aquello, se trabajaron dos casos clínicos, los cuales bajo sustento teórico han sido descritos en la investigación, siendo el primer caso denominado “el pan tostado de Chase”, se trabajaron 5 sesiones con un niño de 5 años de edad quien mantiene un diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda y se encuentra dentro de su tratamiento de quimioterapia con baja adaptación a la hospitalización y un alto nivel de angustia.

Y el segundo caso denominado “La roca de la familia”, donde se trabajaron aproximadamente 10 sesiones con una niña de 9 años, quien es

amputada de su pierna de emergencia por un accidente, presentando un alto nivel de angustia ante lo real de su falta.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La hospitalización por su naturaleza mantiene representaciones que suelen ser de gran angustia para los niños. Puesto que como se ha mencionado con anterioridad el entorno en los que se solían desenvolver estos pacientes cambia totalmente cuando se encuentran en un hospital. La nueva presentación de personas (médicos, enfermeras y otros profesionales), la ropa, la cama, todos a quienes deben de dejar de ver durante la hospitalización, el real de la enfermedad y de la muerte que se manifiestan dependiendo del diagnóstico de su patología, son algunos de los factores a los que se enfrentan los pacientes que generan comportamientos que muchos pueden llamar “inadecuados”.

Sin embargo el enfoque psicoanalítico ha permitido conocer a profundidad que esta angustia mantiene una cara inconsciente y que estas manifestaciones no son otra que respuestas precisamente a él gran Otro que le demanda todo el tiempo al niño colaborar o comportarse bien. Ante lo mencionado Cruz, Hernández y Pèrez expresan (2017):

Durante su desarrollo el niño se enfrenta a eventos que plantean demandas difíciles de satisfacer. Situaciones bruscas, imprevisibles, que enfrentan al niño con estresores que superan su capacidad adaptativa y pueden provocar la pérdida de su equilibrio bio-sico-social, la hospitalización es uno de ellos. El grado de comprensión de los niños acerca de la enfermedad no les permite entender la razón de la misma, ni la necesidad del tratamiento. (p.01)

Algunas de estas manifestaciones de angustia han sido evidenciadas a lo largo de varias entrevistas estructuras que se han podido realizar tanto a padres cuyos hijos se encuentran hospitalizados como a profesionales que trabajan en las distintas áreas de la salud. Patiño (citado por Cruz, Hernández y Pèrez, 2017) plantean: “La hospitalización infantil es también angustiante para los padres; en algunos casos, los progenitores experimentan un alto grado de malestar que incide en los niños” (p.01).

Méndez, Ortigosa y Pedroche (citado por Cruz, Hernández y Pèrez, 2017) postulan:

La existencia de relación entre ansiedad materna y nivel de activación cardíaca del hijo, así como también se encontró correlación entre angustia de las madres y alteraciones conductuales en niños hospitalizados. La angustia de los padres dificulta la adaptación del niño a la hospitalización. Un afrontamiento inadecuado de la experiencia hospitalaria por parte de los padres incrementa la angustia infantil. (p.01)

Si en algo coinciden todos los padres de familia durante las entrevistas es que durante la hospitalización sus hijos mantienen comportamientos donde el llanto, el enojo, la falta de disposición para comer o para los procedimientos médicos priman como manifestaciones que perduran y a las cuales dicen no saber qué hacer, puesto que para todos ellos la experiencia de cuidar a un paciente hospitalizado también los llena de angustia. Precisamente bajo los procedimientos que han sido nombrados a lo largo del documento Carmona, Valero y Sanchez (citado por Cruz, Hernández y Pèrez, 2017) expresan:

Los principales estresores durante la hospitalización infantil son: la enfermedad, el dolor, el entorno hospitalario que resulta no familiar y con presencia de extraños, las exposiciones al material o a procedimientos médicos invasivos, el miedo a no despertar, la separación de los padres, familiares y amigos, el estrés de los acompañantes, generalmente los padres, la ruptura de la rutina vital y adaptación a una rutina desconocida e impuesta, pérdida de la autonomía, control y competencia personal, incertidumbre sobre la conducta apropiada y la posibilidad de la muerte. (p.01)

A su vez todos expresan que han observado angustia en los niños ya sea a través de gritos, palabras inadecuadas, nerviosismos, inquietud, agresiones, entre otras manifestaciones. De lo cual ellos siempre esperan que estos comportamientos mejoren y que solo desean durante la hospitalización una conducta mucho más tranquila y colaboradora.

Un niño que pega trompadas o patea una pelota se siente mejor gracias a eso, en parte porque disfruta golpeando y pateando, y en parte porque inconscientemente siente (falsamente) que ha expulsado

lo malo a través de los puños y los pies (Winnicott, citado por Riofrio, 2017, p.43).

Todos los médicos entrevistados, coinciden con las mismas descripciones que hacen los padres de familia, sin embargo ellos resaltan la tristeza en que la que los niños se ven envueltos debido al nuevo entorno.

Además que estas manifestaciones de angustia generan cierta interrupción en los procedimientos médicos, ya que ellos evidencian muchos nerviosismo tanto por parte de los padres como de los niños.

Si en algo coinciden todas las entrevistas en que todos los pacientes pediátricos deben continuar siendo niños aludiendo a que el juego no debe de tenerse y más bien le gustaría que exista un espacio que les permite mantener un lugar desde su identidad para jugar. Jerusalinsky (2003) menciona:

¿Cómo se estructura el juego en un niño? Es fundamental porque nos informa de cómo soporta él y cómo simboliza o no la demanda del Otro y qué tipo de barreras puede ponerle a lo real de su cuerpo, o sea, cómo puede transformar este real en una simbolización que dé cuenta de lo que el otro le demanda, hasta qué punto él puede rellenar esta brecha o no, es fundamental porque es lo que sostiene su relación con el gran Otro. (p.143)

Como bien agrega la psicóloga entrevistada, el juego les va a permitir realizar representación, además de regular sus emociones y ayudar a que sus defensas estas altas puesto a través del mismo pueden tramitar la angustia, dando realce al juego como un método de intervención desde la psicología. “En la técnica del juego, que sigue las representaciones simbólicas del niño, y que da acceso a su angustia y sentimientos de culpa, podemos, en gran parte, prescindir de las asociaciones verbales” (Klein, 1930, p.6).

Finalmente es importante dar a conocer el interés que mantiene cada entrevistado por la atención psicológica tanto a familiares como a pacientes, ya que alegan que no siempre son entendidos, que necesitan un espacio

para ser escuchados y los médicos expresan que antes situaciones tan difíciles donde la angustia es una realidad, lo adecuado para todos es mantener un trabajo multidisciplinario. Marcelli (2007) menciona que: “El juego permite evacuar mediante la personificación la carga de angustia suscitada por el conflicto intrapsíquico” (p. 204).

Como lo indica el médico pediatra y el médico oncólogo que fueron entrevistados: El juego aporta mucho en ellos a nivel psicológico y sin duda hay muchos estudios que también a nivel orgánico, a veces ya es bastante agresivo los medicamentos que reciben, lo mejor que les puede pasar es que no dejen de ser niños. Y a nivel clínico ayuda mucho, cuando los niños dejan de ser ellos su sistema inmunológico se deprime y por lo tanto bajan las defensas. Siempre que se pueda mantenerlos en actividad y tramitando su sufrimiento es lo mejor.

Es precisamente a partir de lo manifestado en las diferentes entrevistas y a lo largo de la investigación como hemos podido evidenciar que la angustia en los niños se mantiene y es bastante observable en el ámbito hospitalario. El enfoque psicoanalítico nos ha permitido plantear y explicar desde la teoría como la estructuración para el sujeto resulta desde ahí angustiante, sin embargo en el escrito se han redactado todos aquellos factores que suman durante la hospitalización, puesto que el niño para a ser objeto de goce del gran Otro, manteniendo incluso exigencias donde los cuidadores y personal sanitario esperan que ante el dolor y cambio de entorno los niños respondan de manera tolerante.

Sin embargo la importancia de resaltar los comportamientos que angustia a todos e incluso al niño es una realidad, con la que muchos profesionales e incluso los padres no comprende totalmente de qué manera sobrellevar. Es entonces la intervención del psicólogo clínico bastante oportuna, siendo en este trabajo de investigación precisamente el juego una herramienta que permita regular la angustia Asturizaga y Unzueta (2008) plantean:

Permite identificar y aprehender al sujeto en la cadena significativa. Asimismo, se constituye en una técnica diagnóstica ya que lleva al

analista a poder avalar la estructura a la cual pertenece el niño. El juego como técnica terapéutica parte de la base de que el niño expresa sus conflictos a través del juego, lo más importante es que trabaje el sujeto, ya que el niño se produce a sí mismo como sujeto. El niño mediante el juego se resarce ya que jugando el niño convierte lo displacentero en placentero. (p.17)

Ante aquello la psicóloga con experiencia en trabajos hospitalarios ante la presencia de altos niveles de angustia alega que nuestra labor es muy importante ante situaciones donde las emociones se ven totalmente desreguladas y la angustia generalmente le cuesta incluso malas decisiones a los familiares o adherencia al tratamiento por parte del paciente haciendo los tratamientos médicos.

CONCLUSIONES

- Para concluir, es importante puntualizar que para abordar el tema de la angustia en los niños hospitalizados ha sido importante recurrir a distintas fuentes que den sustento a lo planteado. Ante lo cual la implementación del enfoque psicoanalítico da a la investigación una base teórica, que permite comprender el síntoma del sujeto, en este caso la angustia, desde un punto de vista totalmente particular, considerando la angustia hospitalaria como una respuesta subjetiva del niño ante su adaptación a nuevos entornos.
- Desde el psicoanálisis la angustia es entonces esa manifestación que no engaña y que ante la observación se vuelve bastante evidente. Sin embargo no solo el entorno físico como tal termina siendo lo que angustia al niño hospitalizado, puesto que la constante demanda del gran Otro causa también dicho síntoma.
- Por otra parte la angustia se hace también presente en distintos escenarios como los procedimientos médicos, la angustia y la ausencia del cuidador, el real de la enfermedad, el abandono de su vida cotidiana, entre otros. Es esto lo que precisamente se ha podido evidenciar en torno a las viñetas planteadas, donde la escucha y la observación directa permiten pesquisar significantes, que dan cuenta de la angustia del niño hospitalizado, respondiendo así al primer objetivo planteado.
- En segundo lugar como bien ya se lo ha mencionado la función del gran Otro incide también en la cause de angustia del niño durante su hospitalización, tal como se lo ha podido describir en las distintas entrevistas el gran Otro demanda todo el tiempo “un buen comportamiento del niño” incluso considerando que este se encuentra enfrentando el real de la enfermedad, donde incluso este niño, en calidad de paciente pasa a tomar una posición de objeto de medicina, puesto que se busca que el niño colabore y se mantenga tolerante

incluso al dolor de los procedimientos, despojándose de su posición como sujeto y ubicándose como objeto de goce del gran Otro. Dando así oportunidad a que el niño no solo enfrente el hecho de todos los cambios de su organismo, sino también la demanda de este gran Otro. Lo cual permite precisamente el abordaje del segundo objetivo.

- Será entonces el llanto, enojo, agresividad, adherencia al tratamiento, descuido personal, entre otras; algunas de las respuestas subjetivas que el niño construye como manifestación de la angustia, que le permite precisamente surgir como sujeto.
- Considerando entonces que la angustia durante la hospitalización de los niños de 5 a 12 años es una realidad, el enfoque psicoanalítico permitirá precisar que el abordaje de la problemática no radica en intervenciones rígidas o estructuradas, puesto que dichas manifestaciones son totalmente particulares a nivel subjetivas. Sin embargo la importancia de que el niño no se sienta invadido por los distintos abordajes psicológicos será uno de los puntos más relevantes para la propuesta de una posible intervención psicológica. Siendo esta premisa la que nos permite desarrollar el último objetivo de la investigación.
- La función del psicólogo clínico en el abordaje con niños suele ser una constante invención de intervenciones. Teniendo en cuenta que en el ámbito hospitalario gran parte de los pacientes dejan de jugar, siendo esta una de las actividades más importantes durante su desarrollo, se ha visto entonces interesante una posible intervención de la angustia por hospitalización a partir del juego desde la perspectiva psicoanalítica.
- Teniendo en cuenta que desde este enfoque, el juego permite precisamente intervenir a nivel de las posibles representaciones y significantes que se puedan presentar durante el mismo. Además que este nos guiará a conocer de manera particular la dinámica con el gran Otro, su adaptación al ámbito hospitalario, y cualquier otra situación de manera lúdica será posible trabajar.

- Lo mencionado se lo pudo evidenciar precisamente con la función del Otro institucional en la situación planteada en la primera viñeta, donde en el ámbito hospitalario, se busca a toda costa que el paciente tolere todo tipo de procedimiento médico, dejando de lado su función como sujeto. Siendo importante aquí darle un espacio al niño como sujeto y como objeto del Otro institucional, que demanda todo el tiempo y no posibilita.
- El segundo escenario, mantiene un contexto de duelo en relación a una amputación y la relación del gran Otro que cumple la función de cuidador. Este Otro se mantiene todo el tiempo en el lugar de la falta, dando un plus de pseudo completud que no permite tramitar dicha pérdida.
- Siendo esto dos casos trabajados precisamente a partir de intervenciones a partir del juego desde un enfoque psicoanalítico, donde las herramientas del psicólogo clínico como la escucha activa y la observación permiten pesquisar la acción en la ficción, puesto que el juego les permite simbolizar mediante representaciones aquellas respuestas del fantasma que posibilitan la regulación de la angustia y posibilitan un lugar para el sujeto dentro de la hospitalización.

RECOMENDACIONES

Debemos recordar que la teórica psicoanalítica plantea precisamente el abordaje del uno por uno, es decir que no existe una modalidad de juego o recursos establecidos para cada posible caso. La propuesta se la ha realizado con la finalidad de mantener el deseo de invención constante en las intervenciones a partir del juego por parte del psicólogo, mas no como una respuesta absoluta dentro de la práctica clínica, puesto que el respeto a la subjetividad de cada uno es lo que precisamente se busca promover a partir de este enfoque.

Para quienes tengan la oportunidad de vivir una experiencia o un encuentro en el ámbito hospitalario es importante plantear que la vulnerabilidad del sujeto puede mantener varios escenarios, puesto que las enfermedades realmente: pueden degenerar al cuerpo o incluso el encuentro con el real de la propia muerte, siendo detonantes que movilizan tanto lo simbólico como lo imaginario. Por otra parte es relevante recordar que nos encontramos frente a niños cuya causa de enfermedad puede ser oncológica, quemaduras graves, amputaciones, consumo, accidentes, entre otros. Sumado a la pérdida de su niñez durante la hospitalización, las manifestaciones se hacen bastante evidentes sin embargo es muy usual que lo conductual mantenga algo más que angustia.

Por otra parte, tanto el trato, la escucha activa y la observación directa deben ser claramente diferentes, puesto que nuestra función emite una huella muy importante, posibilitando un espacio a la queja, al sufrimiento y sobre todo al sujeto.

Las posibles vías para realizar una intervención son varias, sin embargo recomiendo siempre mantener una base teórica que permita realizar un trabajo que mantenga sustento dentro de la práctica clínica. Finalmente en este trabajo de investigación el psicoanálisis ha posibilitado intervenciones desde lo particular de cada sujeto y la invención.

REFERENCIAS

- Acuña, E. (2018) La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. *Tempo Psicanalítico*, 50(1), 325-353. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a16.pdf>
- Aguilar, L. & Fregoso, G. (2013). La lectura de la polifonía e intertextualidad en el texto científico. *Revista mexicana de investigación educativa*, 18(57), 413-435. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1.
- Aguilar, S. y Barroso, J. (2015) La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 47, 73-88. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/368/36841180005.pdf>
- Alazraqui, H. (2019) *Angustia y muerte en el psicoanálisis y en Ser y Tiempo de Heidegger*. Actas de las Segundas Jornadas Nacionales de la SIEH – Argentina. Buenos Aires, Argentina: TeseoPress.
- Albert, M. (2007). *La investigación educativa: Claves teóricas*. Madrid, España: Mc Graw Hill
- Albert, M. (2007). *La investigación educativa: Claves teóricas*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Anguera, M. T. (1999). *Observación en psicología clínica: aplicaciones*. Barcelona: Edicions de la universitat de Barcelona
- Asturizaga, E., y Unzueta, C. (2008) El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. *Ajayu*, 1(1), 1-21. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n1/v6n1a1.pdf>
- Bardi, D., Jaleh, M., y Luzzi, A. (2011) La conceptualización psicoanalítica del juego en la obra de algunos autores argentinos. *Revista de*

Psicología y Ciencias Afines, 8(2), 77-85. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4835/483549017012.pdf>

Bareiro, J. (2017) Dos Interpretaciones sobre el jugar y el juego: de Fred a Winnicott, ¿ruptura o continuidad? *Lúdicamente*, 6 (12), 1-13. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6126310.pdf>

Bellon, M. (2016) La angustia ante lo irreductible de lo real. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Recuperado de:
<https://www.aacademica.org/000-044/662.pdf>

Bernal, H. (2007). El comentario de texto como método de investigación en el psicoanálisis. *Revista Electrónica Poiésis*, volumen 13. Recuperado de
<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/367/346>

Cárdenas, M. (2019) *La escucha activa como estrategia para fortalecer la comunicación asertiva entre los estudiantes del grado sexto del colegio club de leones de Cúcuta*. Universidad Santo Tomás, Colombia.

Coccoz, V. (2017). *La práctica lacaniana en Instituciones II*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Corominas, J. (1980). *Diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid, España: Gredos.

Cruz, A. (2014) Importancia de la investigación educativa. *Consejo de transformación educativa*. Recuperado de:
<https://www.transformacion-educativa.com/biblioteca-virtual-de-educacion/18-publicaciones-periodicas-y-suplementos/54-insurgencia-magisterial-ano-1-no-4#:~:text=Segun-su-concepcion-investigar-es,aportar-explicaciones-de-tipo-casual>.

- Cruz, O., Hernández, D., y Pérez, M. (2017). Bienestar en niños enfermos hospitalizados. *Humanidades Médicas*, 17(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2007) La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7) ,162-167. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Efron, A., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A., y Woscoboinik, P. (2000) *La hora de juego diagnóstica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Eidelsztein, A. (2009) Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan. *Revista Desde el Jardín de Freud*, 9, 73-86. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3807296.pdf>
- Freud, S. (1992). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, J. (2009) La muerte y el objeto. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 108, 90-107. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910805.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. 5th ed. México, D.F: Jesús Mares Chacón
- Izaguirre, M. (1995) *Psicoanálisis con niños*. Caracas, Venezuela; Fondo Editorial.
- Jerusalinsky, A. (2003). *Para entender al niño*. Quito, Ecuador: Abya-Ayala.
- Kait, G. (1996) *Sujeto y Fantasma: Una introducción a su estructura*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Fundación Ross.
- Klein, M. (1930). *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* [Archivo PDF]. Recuperado de: [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,Melanie\(1882-](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,Melanie(1882-)

[1960\)/Klein,Melanie-La-importancia-de-la-formacion-de-simbolos-en-el-desarrollo-del-yo.PDF](#)

Lacan, J. (2007) *El Seminario. Libro 10: La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laplanche y Pontalis (2004) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laurent, E. (2013) El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia. *(Extracto) Conferencia pronunciada en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica y VIII Encuentro de Psicología del Mercosur, Revista Electrónica de la Facultad de Psicología UBA, 2 (5), 1-5*. Recuperado de: http://www.28jornadaseol.com/template.php?file=textos-de-orientacion/19-08-28_el-psicoanalisis-y-la-crisis-del-control-de-la-infancia.html

Lora, M. (2007) El psicoanálisis y el diagnóstico con niños. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 5(2), 209-218*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545472005.pdf>

Luzzi, A. y Bardi, D. (2005) La hora de juego diagnóstica: importancia de su estudio a los fines pronósticos. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. 59-61. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-051/87.pdf>

Luzzi, A. y Bardi, D. (2009) Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. *Anuario de investigaciones*, 16, 53-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945005.pdf>

Málishév, M. (2003) El sentido de la muerte. *Ciencia Ergo Sum*, 10(1), 51-58. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/104/10410106.pdf>

Mandil, R. (2020). Lo nuevo en el amor. *ENAPOL*. Recuperado de: <http://enapol.com/blog/portfolio-items/tercer-argumento/>

- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona, España: Masson.
- Melo, M., Hernández, R. (2014) El juego y sus posibilidades en la enseñanza de las ciencias naturales. *Scielo: Innovación Educativa*, 14(66). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000300004#:~:text=El-juego-es-considerado-como,17)
- Mordoh, E. (2004) ¿es el juego un concepto fundamental del psicoanálisis? *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 1 -13. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-029/327.pdf>
- Otzen, T. y Materola, C. (2017) Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palomera, V. (2002) ¿Responder al síntoma o responder del síntoma? *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 2(6), 1-5. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/LVDPwczfFyaOe0TiH3xjBvCE19la6XGs3LSZiYfv.pdf>
- Piñero, M. L., & Rivera, M. E. (2013). *Investigación Cualitativa: Orientaciones procedimentales*. Venezuela. UNHEVAL-UPEL.
- Piñero, M. L., & Rivera, M. E. (2013). *Investigación Cualitativa: Orientaciones procedimentales*. Venezuela. UNHEVAL-UPEL.
- Raimondi, M. (2017) Función y estatuto del juego en la clínica con niños. La operatoria de lo ficcional. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 692-695. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-067/974.pdf>
- Riofrio, D. (2017) *Las formas de simbolización de la angustia en el jugar. Análisis realizado con niños institucionalizados que han sido víctimas*

de maltrato en la ciudad de Quito, durante el período Enero - Abril de 2017. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Serrada, M. (2007) Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere*, 11(39). Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400008

Sierra, N., Ruiz, M., Schiavetta, L., Delfino, D. (2019) *El niño y la subjetividad contemporánea intervenciones psicoanalíticas.* Buenos Aires, Argentina: San Luis - Nueva Editorial Universitaria.

Sotelo, I. (2007) *Clínica de la Urgencia.* Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Velasquez, A. (2014) *Niños hospitalizados Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles.* Lima, Perú: Ecoe Ediciones.

Villa, D. y Montañez, M. (2010) ¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis? *Revista Académica e Institucional*, 86(86), 53-66. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4897895.pdf>

ANEXOS

Entrevista 1 Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?

El motivo es porque padece una enfermedad en sus huesos y debe de estar en tratamiento.

2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?

Bien malcriado, no quiere comer, no toma ninguna medicina, grita, no se deja poner las inyecciones y se pone bien grosero conmigo.

3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?

Horrible, he estado desesperada a veces ya no sé qué hacer con tanta preocupación.

4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?

Si y bastante, al inicio el me pedía todo el tiempo que nos vayamos y gritaba duro.

5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?

Que esté tranquilo y que ponga de su parte con los medicamentos y con todo lo que hay que hacer.

6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?

A él le encantan los carros, en la casa tiene bastantísimos.

7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Sí, creo que eso haría que la energía de los niños se normalice. Porque así como mi hijo hay muchos con el mismo comportamiento en esta sala.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

Si, uno a veces necesita que lo escuchen, porque uno se desespera, a veces ya no sé ni que hacer y el psicólogo es bueno.

Entrevista 2 Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?

Cáncer en la sangre

2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?

Es bien inquieto, se saca los sueros y llora con bastante frecuencia.

3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?

Bien triste de ver a mi hijo en estas condiciones, pero tengo que ser fuerte por él.

4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?

Si. En las noches no puede dormir porque dice que no es su cama o llora desesperadamente porque se quiere ir.

5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?

Bien, que esté en silencio y que haga caso a los doctores.

6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?

El prefiere los dinosaurios, en la casa tiene toda una colección y le gustaba jugar con los amigos.

7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Si para que no deje de ser Niño y no esté solo que el miedo de las medicinas.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

Sí, porque nadie está preparado para enfrentarse a estas situaciones difíciles.

Entrevista 3 Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?

Quemaduras por las camaretas de fin de año.

2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?

Más activo de lo normal, no se deja inyectar ni deja que le hagan ningún procedimiento médico.

3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?

Difícil y desesperante, me siento vulnerable en este lugar.

4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?

Si, casi siempre los insulta a los doctores o cuando está aburrido lanza las cosas.

5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?

Que esté tranquilo o solo dormido para no moleste tanto

6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?

El prefiere el juego de pelota, eso le encanta.

7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Si, pobrecitos pasan metidos en una cama todo el día

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

Si porque aquí nadie nos entiende.

Entrevista 4 Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?

Amputación por bacteria.

2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?

Ha estado irritada desde el primer día y no quiere comer.

3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?

Bien molesta, la silla es dura no se puede ni dormir.

4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?

Si, ella se enoja y no le habla nadie incluso cuando siente dolor. A veces también empieza a gritarle a todo el mundo.

5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?

Bien que se enfurece y que no ande llorando, ni enojada.

6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?

Las muñecas y el maquillaje, pero usualmente estar en su teléfono.

7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Si, para que se distraiga él y yo también.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

Sí, porque los doctores no nos entienden.

Entrevista 5 Dirigida a Padres

1. ¿Cuál es el motivo de la estancia hospitalaria del niño?

Cáncer

2. ¿Cómo se ha comportado el niño durante la hospitalización?

Está bien triste, solo pasa llorando, ni se mueve.

3. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de la hospitalización del niño?

Fea, no sé qué hacer a veces para ser fuerte.

4. ¿Ha habido angustia durante la hospitalización del niño?

Si todo el tiempo porque cree que va morir

5. ¿Cómo espera usted que se comporte el niño mientras se encuentra hospitalizado?

Que haga caso y que se sienta como en casa.

6. ¿Cuáles son los juegos que el niño prefiere?

Le gusta los peluches, casi no habla

7. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Si, para que se motiven a seguir aquí y no extrañen la casa.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar? ¿Por qué?

Si para que ayuden a todos niños.

Entrevista Dirigida a Profesionales

Anónimo – Médico Oncólogo

1. ¿Qué reacciones psicológicas se han presentado con mayor frecuencia en los padres de los niños hospitalizados?

Se han puesto agresivos y muy tristes porque se comprende que este no es el entorno al que están acostumbrados a desenvolverse.

2. ¿Qué manifestaciones conductuales y emociones ha observado usted durante la hospitalización de un niño?

Realmente muchas, he escuchado gritos, he observado pataletas, berrinches, mantienen casi siempre adherencia al tratamiento. Se enojan y lloran con mucha facilidad.

3. Desde su experiencia ¿estas manifestaciones son pasajeras o permanecen durante la hospitalización?

Permanecen en gran parte de la hospitalización, el momento más feliz es cuando se van a casa.

4. ¿Hay angustia frente a los procedimientos médicos en los niños y en los padres?

Si, el mayor temor se evidencia en los padres, se ponen muy nerviosos y evidentemente los niños también sobre todo cuando esto involucra intervenciones que provocan dolor que en realidad la mayoría son así.

5. ¿Qué conducta requiere usted de un paciente hospitalizado?

Requiero colaboración en todos los procedimientos y que se mantenga tranquilo para que no altere a los demás pacientes.

6. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Si, la verdad es que eso a nivel clínico ayuda mucho, cuando los niños dejan de ser ellos su sistema inmunológico se deprime y por lo tanto bajan las defensas. Siempre que se pueda mantenerlos en actividad es mucho mejor.

7. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar?

Si, realmente hay situaciones que nosotros como médicos se nos salen de las manos porque no hemos estudiado aquello que los psicólogos le pueden brindar al paciente, además que ayudaría mucho como trabajo multidisciplinario.

Entrevista Dirigida a Profesionales

Anónimo – Médico Pediatra

1. ¿Qué reacciones psicológicas se han presentado con mayor frecuencia en los padres de los niños hospitalizados?

Yo he evidencia depresión y mucha ansiedad, al punto de que aveces realmente no cumplen su función como cuidadores porque la presión es bastante alta.

2. ¿Qué manifestaciones conductuales y emociones ha observado usted durante la hospitalización de un niño?

He observado que se irritan y gritan mucho, que no se haya cuando llegan inicialmente. Lloran y casi siempre pasan enojados, otros incluso creen que están siendo castigados.

3. Desde su experiencia ¿estas manifestaciones son pasajeras o permanecen durante la hospitalización?

Perduran casi en todo su proceso de hospitalización.

4. ¿Hay angustia frente a los procedimientos médicos en los niños y en los padres?

Si definitivamente, en los padres usualmente les preocupa ver sufrir a sus hijos y se ponen muy nerviosos, otros se ponen muy enojados porque los niños no colaboran y gritan mucho. Los niños inician a lloran de manera desesperada y generalmente todo el día se ponen muy enojados. A veces la angustia es tanta que no permiten realizar los procedimientos planeados.

5. ¿Qué conducta requiere usted de un paciente hospitalizado?

La verdad es que colaboración y tranquilidad, eso facilitaría mucho el trabajo para nosotros.

6. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Sí, porque creo que el juego aporta mucho en ellos a nivel psicológico y sin duda hay muchos estudios que también a nivel orgánico, a veces ya es bastante agresivo los medicamentos que reciben, lo mejor que les puede pasar es que no dejen de ser niños.

7. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar?

Si, la situación que ellos enfrentan regularmente es muy dura y no es para menos todas las manifestaciones de angustia que he mencionado, sin embargo es importante la intervención del psicólogo para que todos trabajemos de manera armónica, cubriendo todas las necesidades del paciente.

Entrevista Dirigida a Profesionales

Anónimo – Psicóloga

1. ¿Qué reacciones psicológicas se han presentado con mayor frecuencia en los padres de los niños hospitalizados?

En los padres se ha presentado inicialmente el llanto desesperado, nerviosismo, enojo, racionalización de la enfermedad, negación y entre otras manifestaciones que dependen de la situación que enfrenta cada familia.

2. ¿Qué manifestaciones conductuales y emociones ha observado usted durante la hospitalización de un niño?

Las manifestaciones conductuales radican inicialmente en agresiones hacia los otros, llegando a dar patadas o incluso haciendo uso de un lenguaje inadecuado ya que a generalmente los pacientes sienten que transgreden su cuerpo ante los procedimientos. Por otra parte en las emocionales es muy frecuente observar llanto, enojo y en ocasiones una posición de valentía que no les permite incluso distinguir sus propias emociones.

3. Desde su experiencia ¿estas manifestaciones son pasajeras o permanecen durante la hospitalización?

Permanecen durante todo el tiempo de la hospitalización, ya que todo el tiempo se encuentran en el mismo entorno y bajo molestias orgánicas y bajo los procedimientos médicos.

4. ¿Hay angustia frente a los procedimientos médicos en los niños y en los padres?

Si hay angustia en ambos, generalmente el llanto suele ser bastante exacerbado en los niños y en los padres se desata mucho enojo que incurren en tratos a veces algo violentos para que estos se lleven a cabo.

5. ¿Qué conducta requiere usted de un paciente hospitalizado?

Lo ideal sería intervenir para que la adaptación al medio se dé la mejor manera, eventualmente colaborar en intervenciones psicológicas que

permitan trabajar con el paciente, el médico y la familia y cubrir las necesidades de todos para llegar a una conducta armónica del paciente dentro de lo posible.

6. ¿Considera usted necesario un espacio para que el niño juegue aunque este hospitalizado? ¿Por qué?

Definitivamente sí, es importante que el Niño no deje de crear, crear representación que le permitan seguir atado a su etapa de niñez. Esto es bastante beneficioso en muchos sentidos tanto a nivel mental como orgánico.

7. ¿Considera usted necesario que el psicólogo trabaje en conjunto con el paciente y el familiar?

Si, nuestra labor es muy importante ante situaciones donde las emociones se ven totalmente desreguladas y la angustia generalmente le cuesta incluso malas decisiones a los familiares o adherencia al tratamiento por parte del paciente haciendo los tratamientos médicos.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cepeda Sánchez Ivania Lorena**, con C.C: # 0941523839 autora del trabajo de titulación: **La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **22 de febrero** del 2022



Nombre: **Cepeda Sánchez, Ivania Lorena**
C.C: **0941523839**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica		
AUTORA:	Cepeda Sánchez, Ivania Lorena.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rosa Irene Gómez Aguayo.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía letras y Ciencias de la Educación.		
CARRERA:	Psicología Clínica.		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de febrero del 2022	No. DE PÁGINAS:	79
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Salud, Angustia.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	<i>Angustia, Sujeto, Otro, Juego, Ficción, Hospitalización.</i>		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente proyecto de investigación tiene como tema: La angustia en los niños durante el proceso de hospitalización: posible intervención a partir del juego desde una perspectiva psicoanalítica. Y tiene como objetivo general analizar la presencia de la angustia en los niños de 5 a 12 años de edad hospitalizados para la construcción de una posible propuesta de intervención. Tomando en consideración que para el psicoanálisis la angustia es el afecto que no engaña. A partir de una lectura inter e intratextual de algunas analistas, entre ellos Lacan y Freud, se llegó a proponer una modalidad de intervención como lo es el juego en niños hospitalizados con base en la teoría psicoanalítica. Para sustentar las teorías y la manifestación de angustia se realizó entrevistas a padres de familia y profesionales del ámbito hospitalario, lo cual permitió evidenciar la presencia de angustia y algunas de sus repercusiones. Además se plantearon dos viñetas clínicas realizadas en la práctica. Siendo el primer caso de un niño de 5 años de edad quien mantiene un diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda con baja adaptación a la hospitalización y un alto nivel de angustia. Y el segundo caso de una niña de 9 años, quien es amputada de su pierna de emergencia por un accidente, presentando un alto nivel de angustia ante lo real de la falta. Siendo en ambos casos importante la intervención del psicólogo clínico para la regulación de angustia a partir de la representación de ficciones mediante el juego.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593-986671756	E-mail: ivaniacepeda@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			